DE LA

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE

PAR LE

PROCÉDÉ DE SOULIGOUX

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,
le Samedi 29 Avril 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Paul-Eugène ROY

Né à Lamarche (Vosges), le 12 Juin 1872.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur.....	*Président.*
	CHRÉTIEN	professeur.....	*Juges.*
	FÉVRIER	agrégé.....	
	FROELICH	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

DE LA

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE

PAR LE

PROCÉDÉ DE SOULIGOUX

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,
le Samedi 29 Avril 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Paul-Eugène ROY

Né à Lamarche (Vosges), le 12 Juin 1872.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur.....	*Président.*
	CHRÉTIEN	professeur.....	
	FÉVRIER	agrégé.....	*Juges.*
	FROELICH	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ✪, HERRGOTT ✲, I ✪, HECHT ✲, I ✪, BEAUNIS ✲, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✲, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ✪, professeur.
Pathologie externe	M. FRŒLICH, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ✪, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✲, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ✪.	GUILLOZ, A ✪.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ✪.	FRŒLICH, A ✪.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A ✪.	ANDRÉ.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ✪, ROHMER, I ✪, VAUTRIN, A ✪. REMY, A ✪, P. PARISOT, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive affection et de ma profonde reconnaissance

A MA GRAND'MÈRE

Très affectueusement.

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA TANTE ET A MON ONCLE P. HAILLECOURT

MEIS ET AMICIS

A la Mémoire de mon regretté Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

INTRODUCTION

La chirurgie de l'estomac a de tout temps exercé la sagacité des chirurgiens, et, parmi les nombreuses opérations pratiquées sur cet organe, la gastro-entérostomie a été une de celles qui fut le plus étudiée, discutée, et, ajoutons-le, perfectionnée.

Depuis quelques années les travaux sur cette question se succèdent : les auteurs s'efforcent de modifier les procédés déjà créés et beaucoup en proposent de nouveaux.

A la méthode primitive des sutures, qui compte encore un grand nombre d'adeptes, on a substitué la gastro-entérostomie par la méthode des plaques anastomotiques ; aux plaques succédèrent les boutons ; aux boutons, les tubes, toujours avec l'espoir de remédier aux inconvénients ou aux graves dangers pendant ou après l'opération.

Parmi ces dangers, il en restait un qui n'était pas à dédaigner : l'infection péritonéale post-opératoire. C'est pour éviter cet écueil que Souligoux en 1896 eut recours à son procédé de gastro-entéro-anastomose par la cautérisation sans ouverture préalable des cavités à anastomoser, procédé dont l'étude fera l'objet de notre travail.

Notre but est d'exposer brièvement l'histoire et la technique des méthodes d'anastomoses gastro-intestinales employées jusqu'à ce jour ; de présenter les avantages et les inconvénients du nouveau procédé, d'en discuter l'opportunité et d'en déduire les conclusions qui semblent découler des observations que nous avons pu recueillir. Nous n'étions pas assez autorisé pour comparer entre eux,et émettre un jugement sur les différents procédés que nous citons ; nous nous sommes borné simplement à en faire la critique pour ainsi dire classique, de façon à mettre en relief la méthode que nous décrivons. Nous partageons donc notre thèse inaugurale en cinq chapitres :

I. — Historique et exposé des procédés de gastro-entérostomie et exposé du procédé de Souligoux.

II. — Observations.

III. — Discussion du procédé.

IV. — Indications et contre-indications.

V. — Conclusions.

Mais, avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de remplir un devoir en adressant à nos Maîtres de la Faculté nos remerciements les plus sincères et les plus affectueux.

M. le Professeur Weiss, à qui nous devons l'idée première de ce travail, nous a toujours témoigné beaucoup de bienveillance et d'affectueux intérêt, ne nous ménageant ni ses conseils éclairés, ni ses marques de sympathie. Aujourd'hui, il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous tenons à lui exprimer publiquement toutes les marques de notre vive reconnaissance.

C'est à MM. les Professeurs Bernheim et Herrgott, dont nous avons été l'externe, que nous devons notre enseignement médical et obstétrical : qu'ils reçoivent ici l'expression de notre profonde gratitude.

MM. les Professeurs agrégés Rohmer et Février, alors qu'ils étaient nos chefs de service, nous ont toujours témoigné beaucoup de sym-

pathie, nous leur en sommes très reconnaissant.

Dans la recherche de nos documents, nous sommes heureux d'adresser ici le témoignage de notre vive gratitude aux correspondants auprès de qui nous avons toujours reçu un excellent accueil, en particulier aux Docteurs Souligoux et R. Marmasse (d'Orléans), auxquels nous sommes redevable d'intéressantes observations et de renseignements de la plus haute valeur.

CHAPITRE PREMIER

Historique et exposé des différents procédés de gastro-entérostomie.

La gastro-entérostomie a été pratiquée pour la première fois en 1881, par un médecin autrichien, Wœlfler, assistant du professeur Billroth, de Vienne. Cette opération, qui avait pour but d'établir la communication entre l'estomac et l'intestin grêle sous-jacent dans les cas de cancer trop étendu du pylore, fut introduite, en France par Pozzi (1887), Péan (1890), Heydenreich (1891).

Depuis cette époque, les procédés opératoires se sont multipliés et l'opération primitive a subi plusieurs perfectionnements importants.

A l'heure actuelle, pour établir l'anastomose gastro-intestinale, le chirurgien possède à sa disposition trois méthodes différentes :

1° La méthode des sutures ;

2° La méthode des plaques d'os ou des boutons anastomotiques ;

3° La méthode du sphacèle et de la cautérisation.

Exposons brièvement chacune de ces méthodes.

I. — Méthode des Sutures.

Elle consiste, après ouverture préalable du ventre par une incision médiane de 10 à 15 cent., à attirer une anse grêle au contact de la face antérieure de l'estomac. Le point de contact entre les deux surfaces étant déterminé, on les place côte à côte et parallèlement, l'intestin passant en avant et au-dessus du côlon transverse. On fait un premier rang de sutures séro-séreuses sur une longueur d'à peu près 10 cent. en lui donnant une légère courbe, puis un second étage concentrique séro-séreux à 1 cent. du précédent du côté le plus éloigné de l'intestin par rapport à l'ouverture. On incise alors l'estomac dans le sens longitudinal, et l'intestin sur son bord libre dans une étendue d'au moins 7 à 8 cent. On fait une rangée de sutures muco-muqueuses dont l'avantage est de faire l'hémostase de la muqueuse souvent saignante, puis on termine par deux plans de sutures séro-séreuses, en ayant soin de placer une ou deux sutures de sûreté à chaque extrémité de la ligne opératoire.

Cette méthode gastro entérostomie antérieure était dénommée opération de Woëlfler (1). Von

(1) Woelfler. — *Centrall, f. Chirurgie*, 1881, n° 45, p. 705.

Hacker, de Vienne (1) ; Courvoisier, de Bâle (2) ; Pozzi, Doyen et bien d'autres chirurgiens la modifièrent en incisant, par une incision radiaire, le méso-côlon et en suturant l'anse grêle à la partie postérieure de l'estomac, sans rien détruire du grand épiploon.

Cette opération prit le nom de gastro-entérostomie postérieure.

Depuis, peu de changements ont été introduits dans cette méthode, à part les discussions que souleva le choix de l'anse intestinale à aboucher. Successivement anse grêle quelconque, puis anse grêle déterminée, puis duodénum, enfin jéjunum, tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord que l'anastomose doit porter aussi haut que possible sur l'intestin et que le meilleur procédé est l'anastomose jéjuno-stomacale.

Nous renvoyons le lecteur à l'excellent traité de M. Guillemain : « Pratique des opérations nouvelles en chirurgie » pour la méthode à suivre dans la recherche de l'anse jéjunale à anastomoser.

II. — Méthode des plaques d'os ou des boutons anastomotiques.

La gastro-entérostomie par le procédé des sutures était considérée comme une opération

(1) Von Hacker. — *Arch. f. Klin. chirurgie*, 1885, t. XXXII, p. 616.

(2) Courvoisier. — *Centralb. f. Chirurgie*, 1883, n° 16, p. 794.

classique quand surgit tout à coup avec Senn, en 1887, et Murphy, de Chicago, en 1892, un procédé d'anastomose viscérale sans sutures qui, depuis quelque temps déjà, était tombé dans l'oubli. Ce procédé, basé sur ce fait bien connu que les séreuses adossées à elles-mêmes contractent rapidement des adhérences, fut pratiqué pour la première fois par Denans (1), de Marseille, en 1826. En 1836, Baudens (2) modifiait la méthode de Denans; puis vinrent celles d'Henroz, d'Amussat, de Bobrick (3), de Péan (4), de Bérenger-Féraud en 1870, de Ramaugé en 1893.

Nous allons décrire la méthode de Senn, puis celle de Murphy dont la technique est d'ailleurs fort différente.

Pour anastomoser les viscères, dit Jesset (5) dans son excellente traduction du procédé, Senn se sert de plaques d'os décalcifiés qui sont préparées de la manière suivante : on taille, dans le tissu compact du fémur ou du tibia d'un veau, des plaques de forme ovalaire épaisses de 5 mill., larges de 2 cent. 1/2, longues de 5 à 7 cent. On les décalcifie dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 0/0 et on les y laisse

(1) Denans. — *Sur l'enterorrhaphie. Recueil des bulletins de la Soc. Méd. de Marseille*, 1826, n° 1

(2) Baudens. — *Plaies d'armes à feu*, 1836, p. 336.

(3) Bobrick. — *Med. Wereinszeitung*, 1850.

(4) Pean. — *Bulletin de l'Académie*, 1869, p. 1236.

(5) Jesset. — *Britisch Med. journal*, 27 juillet 1889, p. 163. *In th. Matignon.*

jusqu'à ce qu'elles soient molles et pliantes. La solution est changée tous les jours. Les plaques sont lavées et laissées pendant quelques heures dans une solution de potasse caustique pour enlever l'excès d'acide. Elles sont conservées dans l'alcool rectifié jusqu'au jour de l'opération. En préparant ces plaques il faut les percer à l'aide d'un bistouri d'un large orifice central elliptique lui-même, long de 2 cent., et large de 3/4 de cent. Près de l'orifice central on perce quatre petits trous, deux aux extrémités du grand diamètre, deux aux extrémités du petit. A chacun des trous on fixe un fil de soie double. Les deux fils qui correspondent aux extrémités du petit diamètre sont armés chacun d'une aiguille, les deux autres en sont dépourvus. Une deuxième plaque semblable doit être préparée et les deux constituent l'appareil nécessaire pour l'opération dont voici le manuel opératoire.

Ouverture du ventre. Recherche du jéjunum qui est vidé de son contenu par la pression digitale sur une longueur de 10 à 15 centimètres. Une double ligature élastique ou une pince empêche le retour des matières dans cette partie. Sur la convexité de l'anse, on fait une incision d'environ 3 centimètres pour introduire la plaque. Les aiguilles des fils latéraux sont passées à travers toutes les couches intestinales de dedans en dehors, très près des bords de l'incision et à égale distance de ses extrémités ; les fils sans aiguille sont ramenés dans les an-

gles de l'incision. Le chirurgien fait alors sur l'estomac une incision parallèle à la grande courbure, incision par laquelle on engage dans l'estomac une seconde plaque. Comme pour le jéjunum, les aiguilles des fils latéraux sont passées à travers toutes les couches de l'estomac et les fils sans aiguilles ramenés dans les angles de l'incision. Les deux ouvertures sont alors juxtaposées soigneusement et les plaques qui se correspondent par leurs faces sont maintenues exactement en place par un aide pendant que le chirurgien noue solidement les fils homologues de chaque plaque. Les fils latéraux postérieurs doivent être serrés les premiers, puis les fils terminaux, et en dernier lieu les fils latéraux antérieurs. Par sécurité, on fait autour des plaques un rang de sutures séro-séreuses à la soie fine.

Murphy de Chicago (1) se sert d'un bouton anastomotique composé essentiellement de deux pièces, qu'on peut, pour plus de facilité dans la description, comparer l'une et l'autre à un champignon. Chacune de ces pièces comprend une sorte de cupule, de tronc de cône creux, coupé près de sa base et à bords régulièrement arrondis. Toutes deux surmontent une tige creuse qui vient se souder exactement au centre de la cupule, et dont le diamètre a a été ainsi calculé que l'une, la mâle, pénètre exactement dans l'autre, la tige femelle. De

(1) Murphy. — *New-York medical record*, 10 décembre 1892.

plus, la première offre cette particularité de présenter à son intérieur deux petits ressorts d'airain fixés aux extrémités d'un des diamètres de la circonférence intérieure de la tige, près de la cupule, et dont l'extrémité libre fait saillie à travers une fenêtre ménagée dans la paroi de la tige, près de son extrémité libre. Si on sait que la tige femelle porte à son intérieur un pas de vis creux, il est dès lors facile de comprendre que, une fois la tige mâle introduite dans la tige femelle, les deux petites pointes feront saillie dans le pas de vis, rendant ainsi impossible la séparation des deux parties essentielles du bouton. Murphy a annexé à la partie mâle du bouton une troisième pièce. C'est un anneau à bords très mousses qui glisse librement autour de la tige mâle. A sa partie inférieure, on a soudé un ressort d'acier qui s'enroule autour de cette tige, et qui peut s'aplatir facilement pour permettre à l'anneau de se loger plus ou moins dans la cupule, suivant le degré de rapprochement des deux parties du bouton. Ce ressort, on le voit, cherchant toujours à satisfaire son élasticité, entretient une pression continue mesurée de l'anneau contre le bord inférieur de la cupule femelle, c'est-à-dire que les tuniques viscérales placées entre ces deux parties se sphacèlent peu à peu. L'opération se pratique ainsi :

L'abdomen est ouvert sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, et sur une longueur de 12 à 15 centimètres. On recherche à travers

l'épiploon une partie du jéjunum aussi voisine que possible du duodenum et on l'amène à la plaie abdominale. Un seul fil est alors passé dans les tuniques intestinales, loin du mésentère, autour des points où portera l'incision qu'on fera égale en longueur aux deux tiers du diamètre intestinal. Puis, tenant avec les doigts l'intestin, de l'autre main on introduira avec une pince une des parties du bouton dans le calibre intestinal, en ayant soin, pour faciliter l'introduction de présenter la cupule de biais à l'ouverture qui a été faite et non pas centre sur centre. Ceci fait, on tire sur le fil qu'on noue et qu'on coupe au ras. L'intestin, plissé comme une bourse autour de la tige, sera dès lors refoulé dans la concavité de la cupule, et le tout confié à un aide. Le chirurgien agit de même du côté de l'estomac, mais ici la pince, pour faciliter l'introduction de l'instrument, tient l'anneau refoulé dans la cupule. Cette introduction terminée, l'anneau qui a aussitôt repris sa position ordinaire est à nouveau refoulé dans la cupule et maintenu ainsi par un aide, pendant que le chirurgien noue le fil. La pince est alors enlevée et la tige mâle est glissée dans la tige femelle aussi fortement que possible et suivant l'épaisseur des parois viscérales. La pression continue amène le sphacèle des tuniques viscérales. Ce sphacèle définitif établi, le bouton devient libre et huit ou quinze jours après est expulsé avec les selles.

La méthode de Senn fut peu goûtée en

France, mais trouva de nombreux adeptes à l'étranger. Plusieurs chirurgiens s'en emparèrent en modifiant les plaques qu'ils employèrent. C'est ainsi que Dawis substitua aux plaques osseuses de Senn des nattes de catgut, pour éviter la grangrène ; il pratiqua de plus le grattage des séreuses, pensant obtenir ainsi par la chute de l'épithélium leur accolement plus rapide et plus solide. Abbe (1) emploie des anneaux de catgut ; Brokaw se sert de segments de drains enfilés bout à bout sur un catgut comme les grains d'un chapelet ; plus tard il préconisa les artères de bœuf ; Penrose (2) de Philadelphie emploie des plaques de gomme molle ; Willy Sachs (3) se sert de plaques osseuses décalcifiées ayant la forme d'un bouton de chemise creusé d'un canal ; Roman von Baracz (4) a eu l'idée d'employer des tranches de chou-navet (Kohlrübenplatten) ainsi que Richard Heigl de Coblentz ; Dawbarn (5) utilise des plaques de pommes de terre macérées pendant une heure dans l'eau chaude ou tiède non carbonatée ; Matignon (6) enfin propose des plaques de corne taillée dans des sabots de chevaux. Tous ces différents pro-

(1) Abbe. — *New-York medic. journal. Marsh.*, 1889.

(2) Penrose. — *Medical. News. May.*, 8. 1889.

(3) Willy. Sachs. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1890, n° 40.

(4) Roman von Baracz. — *Centralb. f. Chirurgie.* 1892, n° 27.

(5) Dawbarn. — *New-York med. record.* 1891, vol. 39, p. 725, et *Annals of. Surgery*, février 1893.

(6) *In thèse Matignon.*

cédés sont tombés aujourd'hui dans l'oubli ; nous n'en chercherons pas les causes, nous voulions seulement en donner un aperçu historique.

Il n'en est pas de même pour le bouton de Murphy qui est définitivement rangé dans les procédés classiques de gastro-entérostomie. Plusieurs auteurs ont modifié l'appareil primitif, et le nombre des boutons préconisés est assez considérable. Nous allons les passer sommairement en revue, nous permettant d'insister sur les plus importants.

Villard (1) le premier, pour remédier aux inconvénients du bouton de Murphy, en a imaginé un qui, comme lui, se compose d'une pièce mâle et d'une pièce femelle formées d'un anneau métallique uni par un de ses bords à un cylindre central.

L'anneau métallique ou chapeau a une épaisseur de 2 millimètres et il est percé de 4 trous très volumineux pour permettre aux matières intestinales de passer quand le bouton est tombé dans l'intestin et que sa lumière centrale ne correspond pas à l'axe de l'intestin. Le cylindre diffère de la pièce mâle à la pièce femelle. Celui de la pièce femelle présente sur sa face interne un pas de vis pour s'articuler avec le cylindre mâle. Ce dernier est divisé longitudinalement par 4 languettes-ressorts

(1) Villard. — *Gazette Hebdomadaire.* Mars 1895, n° 12, 13, 14.

qui se terminent par des griffes. Le cylindre mâle étant introduit dans le cylindre femelle, les griffes des languettes se fixent dans le pas de vis et empêchent la désarticulation.

Duplay et Cazin (1) ont construit un bouton qui ne sert que pour les anastomoses bout à bout. Il est formé d'une pièce métallique constituée par 2 cylindres, emboîtés l'un dans l'autre et soudés par leurs extrémités. Entre les 2 cylindres il y a un intervalle libre de 2 millimètres. Ce bouton présente sur le milieu de sa face externe une rainure circulaire d'une profondeur de 2 millimètres et sur cette rainure on observe 2 orifices qui occupent les extrémités d'un même diamètre ; à ces orifices fait suite un canal circulaire situé dans l'intervalle libre laissé par les 2 cylindres. En d'autres termes, si on considère le canal seul, on peut le comparer à un anneau creux qui présente sur sa face externe 2 orifices placés l'un en face de l'autre.

Boari (2) construit un bouton composé d'une pièce principale sur laquelle sont adaptées deux parties accessoires. La partie principale a la forme d'un champignon ; le cylindre qui représente la tige se continue à une de ses extrémités par le chapeau ou cupule, à l'autre par une bordure plate qui dépasse la face externe du

(1) Duplay et Cazin. — *Archiv. Gener. de Medecine.* Nov. 1895.

(2) Boari. — *Ann. des mal. des org. genito-urin.* Janv., 1896, et *Policlino*, 1895, vol. II, fasc. X.

cylindre de quelques millimètres. Sur le cylindre, vers son milieu, on observe deux petits trous aux extrémités d'un même diamètre. A cette pièce principale sont surajoutés un ressort à boudin et un deuxième chapeau disposé en sens inverse du premier. Le deuxième chapeau regarde par sa concavité du côté de la concavité du chapeau principal ; il a la même dimension que celui-ci, mais il est percé en son centre pour le passage du cylindre sur lequel le deuxième chapeau est mobile. Entre les 2 chapeaux il y a un ressort qui les tient écartés, de telle sorte que le chapeau mobile, le bouton ouvert, monte jusqu'à l'extrémité du cylindre.

Ce bouton, comme le précédent, avait un emploi particulier : il servait surtout aux anastomoses uretérales. Celui de Chaput, le dernier sur lequel nous insisterons, était surtout fait pour les anastomoses gastro-intestinales.

Ce bouton (1) construit en étain pur dans le but de ne pas sphacéler l'intestin, et d'être appliqué quelle que soit l'épaisseur des viscères à anastomoser, a la forme d'une gouttière elliptique, dont la face convexe est en dedans du côté de l'orifice, et la face concave en dehors. Cet orifice a 5 millimètres de largeur sur 30 millimètres de longueur. Les deux bords libres présentent chacun 6 incisures profondes. Ce bouton regardé de face représente un anneau

(1) Chaput. — *Sem. médicale*, janv. 1896.

elliptique ; regardé de côté, il montre sa gouttière. L'application en est fort simple : on place une suture en surjet sur toute la longueur des lèvres postérieures des incisions, et on noue les deux chefs du fil au fond de la gouttière du bouton. On engage le milieu d'un autre fil dans la gorge postérieure de la gouttière et, avec le chef supérieur de ce deuxième fil, on exécute un surjet sur les lèvres antérieures de l'anastomose. On noue alors les deux chefs de ce deuxième fil. Il ne reste plus ensuite qu'à serrer les bords de la gouttière et à placer, s'il y a lieu, de sutures de sûreté.

Nous laissons de côté la description des boutons de Juvara (1), Derocque (2), Hagopoff (3), que l'on trouvera dans le travail d'Angelesco (4). Nous en arrivons à une série de procédés dont la technique tient en même temps des plaques et des boutons anastomotiques, nous voulons parler des tubes anastomotiques.

Si, historiquement, nous voulons décrire les tubes employés dans la chirurgie de l'intestin, il nous faut remonter jusqu'à Neuber en 1884 qui le premier a eu l'idée de s'en servir. En 1889, Terrier, dans une cholecystentérostomie, a employé un bout de drain pour assurer la communication. Mayo Robson (5) de Leeds pro-

(1) Juvara. — *Archiv. des Sciences médicales*, mai 1896, n° 3.
(2) Derocque. — *Soc. anatom.*, juin 1896.
(3) Hagopoff. — *Presse medicale*, 1896, n° 99.
(4) Angelesco. — *Gazette des Hôpitaux*, 10 octobre 1896.
(5) M. Robson. — *Associat. medic. britannique*. Session de Nottingham, 1892.

pose, en 1892, l'emploi de bobines d'os décalcifiés destinées à maintenir béant l'orifice gastro-intestinal. Allingham (1) remplace les bobines par des tubes d'os décalcifiés ayant la forme de deux troncs de cônes réunis par leur petite base. Les deux extrémités élargies étant décalcifiées et le milieu rétréci, pas. Landerer (2) se sert d'un cylindre, ou plutôt d'une bobine à deux renflements terminaux, sculpté dans une pomme de terre, un navet, une betterave, une carotte, ou tout autre végétal capable d'être digéré. Souligoux lui-même propose des tubes de calibre varié faits en gomme adragante et en sucre. Ces tubes sont résorbables et peuvent être portés à une température de 150° sans être altérés.

De tous ces tubes, un seul fut apprécié par le public chirurgical, ce fut celui de Dubourg (3), dont nous empruntons la description à la thèse de son élève Tocheport (4).

Dubourg emploie des tubes de caoutchouc creux possédant un épaulement saillant de quelques millimètres à l'une de ses extrémités. Ces tubes, mis en série de 6, sont en caoutchouc rouge assez souple, de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, d'une longueur moyenne de 3 centimètres et demi. Leur diamètre varie depuis

(1) Allingham. — *A. new. bobbin for intestinal anastomosis.* The Lancet, 1895, p. 518.

(2) Landerer. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1895, p. 323.

(3) Dubourg. — *Soc. chirurgie*, 28 octobre 1896.

(4) Tocheport. — *Thèse de Bordeaux*, 1896-97.

10 millimètres (n° 1) jusqu'à 20 millimètres (n° 6).

Ces tubes peuvent être remplacés par un drain dont le volume est en rapport avec l'anastomose à pratiquer.

Sur une de ses extrémités, on taille deux ailettes que l'on fixe ensuite contre sa paroi externe à l'aide d'un fil de soie. Le mode d'emploi est simple. L'estomac et l'intestin mis en présence au point où l'anastomose doit être établie, on les accole d'abord par un rang de sutures séro-séreuses au catgut, et en surjet sur une longueur de 3 à 4 centimètres au plus. En avant, et parallèlement à cette première ligne de suture, ces deux organes sont ouverts sur une étendue équivalente. Une série de points à la soie réunit alors les deux muqueuses, intestinale et stomacale, des lèvres postérieures correspondantes. A ce moment, on introduit l'extrémité renflée du tube dans l'intestin, l'autre extrémité plongeant dans la cavité stomacale. Pour le maintenir en place, on traverse ses parois en deux points diamétralement opposés et près de l'épaulement par deux fils de catgut n° 2, qui viennent le fixer à chaque extrémité de cette première ligne de suture. Le tube étant ainsi bien maintenu en place, les muqueuses des lèvres antérieures sont alors suturées l'une à l'autre comme on avait fait en arrière et on termine par des sutures séro-séreuses antérieures. Le tube, grâce à son épaulement, ne peut être refoulé dans l'estomac ; il ne peut s'échapper dans l'intestin, à cause des

deux fils de catgut qui le fixent à la ligne de sutures. Au bout de quelques jours, quand ces fils de catgut cèdent, le tube est expulsé du côté de l'intestin, et l'anastomose reste parfaitement établie entre les deux organes.

III. — Méthode du sphacèle et de la cautérisation.

De tous les procédés de gastro-entérostomie que nous venons d'analyser, chacun apportait un nouveau perfectionnement à cette opération. Mais il restait un grave inconvénient difficile à éviter : l'infection péritonéale pendant l'intervention. C'est à cet inconvénient surtout que s'adresse la méthode du sphacèle, puisqu'elle constitue la gastro-entérostomie sans ouverture préalable des cavités intestinale et stomacale.

Cette méthode n'est pas absolument nouvelle.

Postnikow (1), en 1892, a imaginé d'inciser l'estomac et l'intestin jusqu'à la muqueuse exclusivement, d'attirer la muqueuse entre les lèvres de la plaie musculaire et de la lier en masse. Il exécute ensuite des sutures séro-séreuses, comme si la communication était établie entre l'estomac et l'intestin. Au bout de quelques jours les ligatures ont coupé la mu-

(1) Postnikow. — *Centralblatt fur Chirurgie*, 10 décembre 1892, n° 49.

In trad. Villar. — *Chirurgie et cancer de l'estomac.* Paris, 1893.

queuse et se sont éliminées dans le tube digestif, et la communication se trouve établie. Ce procédé comporte huit temps opératoires. Nous en empruntons l'exposé à la thèse inaugurale de Mencière (1).

1er temps : Ouverture de l'abdomen.

2e temps : On attire une anse intestinale et on la fixe à l'estomac par des points séro-séreux.

3e temps : On excise sur la paroi stomacale un fragment ovalaire ne comprenant que la séreuse et la musculeuse; on procède de même sur l'intestin.

4e temps : Réunion des bords postérieurs de la plaie gastro-intestinale.

5e temps : Ligature à la soie du fragment de muqueuse gastrique qui fait hernie à travers l'ouverture séro-musculaire ; *idem* pour la muqueuse intestinale.

6e temps : Réunion des bords antérieurs de la plaie gastro-intestinale.

7e temps : Deuxième rangée de sutures séreuses.

8e temps : Fermeture du ventre.

Bastianelli (2), en 1894, incise la musculeuse de l'estomac au thermo-cautère et n'ouvre pas la muqueuse. Il agit de même sur l'intestin, puis réunit les bords des incisions par des sutures séro-séreuses. Il s'appuie sur ce principe

(1) Mencière. — *In Thèse Bordeaux*, 1896-1897.

(2) Bastianelli. — *In Reforma Medicale Napoli*, 1894.

encore à démontrer, à savoir que lorsqu'on détruit la musculeuse de l'estomac ou de l'intestin, la séreuse se nécrose dans la même étendue.

Le 27 mars 1896, M. Chaput présentait à la Société anatomique de Paris un nouveau procédé de gastro-entéro-anastomose sans ouverture des cavités. L'opération se pratique en 4 temps :

1° On dessine sur l'estomac et sur l'intestin deux petits losanges, on enlève en disséquant toute la musculeuse de cette région ; on a ainsi deux plaies présentant chacune une lèvre antérieure et une lèvre postérieure ; le fond de la plaie est formé par la muqueuse.

2° On suture la lèvre postérieure de la plaie intestinale, à la lèvre postérieure de la plaie stomacale.

3° On passe ensuite un peu de potasse caustique sur la face profonde de la muqueuse, de façon à la mortifier.

4° Enfin on suture les lèvres antérieures des plaies stomacale et intestinale.

Ce procédé ingénieux marquait un grand pas dans la technique de la gastro-entéro-anastomose, puisqu'il ne laissait plus, comme dans les méthodes de Postnikow et de Bastianelli, la nature seule, facteur excessivement aléatoire, s'occuper de la production du sphacèle qui devait amener l'anastomose entre les deux organes.

Dernièrement enfin, le 15 juillet 1896,

M. Souligoux proposait à la Société de chirurgie de Paris son procédé qui nous occupera plus spécialement comme étant le but de notre modeste travail.

Procédé de Souligoux.

J'ai eu pour but, dit Souligoux (1), d'aboucher estomac à estomac, intestin à intestin, vésicule biliaire à intestin sans ouvrir au préalable leurs cavités.

Pour arriver à ce résultat, je détermine sur chacun des organes à anastomoser une plaque de sphacèle. Les deux plaques sont adossées face à face par un surjet. Des adhérences péritonéales s'établissent ; au bout de 48 heures, les zones sphacélées tombent, les adhérences sont alors plus que suffisantes pour empêcher la séparation des deux organes.

Voici comment je procède :

L'instrumentation spéciale comprend :

1° Une pince très puissante. — Cet instrument, pince à contre-pression et à mors plats, se compose de deux leviers recourbés qui s'articulent contre deux mordaches contenus dans une enveloppe en métal nickelé ; ces deux mordaches, séparés à l'intérieur par un puissant ressort, se terminent par une mâchoire striée en forme de fer à cheval. On introduit les parties à écraser entre les deux mâchoires et l'on

(1) Souligoux. — *In Soc. Chirurgie*, 15 juillet 1896.

serre vigoureusement à fond. On entend les tuniques crier sous la pince et lorsqu'elle est retirée on a sous les yeux un anneau dont les tuniques musculeuse et muqueuse ont disparu écrasées et où il ne reste que la séreuse transparente. L'écrasement laisse au centre une surface non broyée, mais condamnée à être aussi mortifiée puisqu'il n'y arrive plus de vaisseaux.

Cette pince, qui nécessitait de la part de l'opérateur une pression manuelle assez forte, avait comme grave inconvénient de se forcer, et, partant, de laisser assez distants l'un de l'autre les mors en fer à cheval qui devaient écraser les tissus. Aussi Souligoux la remplaca-t-il par une pince à levier excentrique et à pression continue. Ce nouvel instrument se compose de 2 branches et d'un levier; les branches, réunies à leur origine par une articulation très simple, se terminent par une mâchoire striée en forme de fer à cheval. Elles sont écartées par un ressort. La branche inférieure porte deux colonnes entre lesquelles glisse la branche supérieure; c'est à l'extrémité supérieure de ces colonnes que se trouve fixé le long levier qui permet de rapprocher les 2 branches.

Pour se servir de l'instrument, on fait pénétrer les parties à écraser entre les mâchoires et on presse sur le levier; l'effet désiré se trouve rapidement obtenu sans grand déploiement de force. Pour nettoyer l'instrument on dévisse la vis qui réunit les deux colonnes, laquelle

vis est lisse à sa partie moyenne pour les mouvements du levier ; on enlève le levier, puis on relève la branche supérieure qu'on désarticule ; le ressort est également mobile. Le nettoyage est donc très facile, plus simple et plus rapide que dans l'instrument primitif.

2° Une mince aiguille de Reverdin.

3° Du fil de soie (n° 3).

4° De la potasse caustique solide.

Opération. — Gastro-entero-anastomose. La paroi abdominale ouverte, on va d'abord à la recherche de la première anse du jéjunum. Celle-ci une fois trouvée, on passe à travers son mésentère un fil de soie, destiné à le maintenir hors de la cavité abdominale.

L'aide aplatit cette anse et en présente le bord libre. L'intestin, ainsi aplati, est engagé entre les deux mors de ma puissante pince. L'opérateur serre celle-ci. Il peut à cela employer toutes ses forces sans couper l'intestin. On sent et on entend les tissus s'écraser ; les deux parois intestinales ainsi accolées deviennent tellement minces qu'elles sont transparentes : l'intestin crie, mais ne se rompt pas. La pince enlevée, l'intestin, sous l'influence de ses fibres musculaires et peut-être de son contenu, s'étale de lui-même au niveau de la portion serrée.

Les mêmes manœuvres sont répétées sur l'estomac. Ici, il est important que l'aide étale bien le pli formé sur l'estomac, et qu'il évite au moment où s'exerce la pression de laisser glisser la muqueuse.

Nous avons ainsi déterminé, sur les deux organes, deux zones mortifiées où les tissus ne tardent pas à prendre une coloration noirâtre. Seul, le péritoine a résisté et n'a pas été broyé.

Sutures. — Un surjet est commencé à 2 mill. environ des surfaces mortifiées et réunit leurs deux bords internes dans toute leur étendue.

Cautérisation. — A ce moment, avec un morceau de potasse caustique solide, je cautérise assez largement les surfaces broyées dans toute leur étendue. Elles prennent une coloration noirâtre. L'aide, à mesure que l'on promène la potasse, éponge avec un tampon sec, et jamais je n'ai vu la potasse diffuser en dehors des zones mortifiées.

Continuation du surjet. — La cautérisation finie, le surjet est repris réunissant les deux bords externes et, revenu à son point de départ, se termine par un nœud fait avec les deux extrémités du fil. L'on vérifie la ligne de suture. Si quelque point noir, coloré par la potasse, apparaît, il est enterré sous un ou deux points de suture séparés.

L'opération est terminée ; elle n'a pas demandé plus de 20 minutes au maximum. Il ne reste qu'à fermer le ventre par la suture de la paroi.

L'entéro-anastomose se fait exactement de la même façon que la gastro-entéro-anastomose.

Telles sont ces opérations, ajoute Souligoux, bien plus faciles à pratiquer qu'à décrire.

Nous laisserons de côté, comme n'entrant pas

dans notre sujet, le manuel opératoire de la cholécystentéro-anastomose par ce même procédé.

La gastro-entéro-anastomose par cautérisation fut d'abord expérimentée par son auteur un assez grand nombre de fois sur des animaux. Dans cette même séance de la Société de Chirurgie, Souligoux présentait des pièces provenant de chiens, montrant, dans des gastro-entéro-anastomoses et des entero-anastomoses, qu'au bout de 24 heures le sillon d'élimination est déjà parfaitement formé et que les deux plaques adossées ne forment plus qu'un mince lambeau flottant prêt à se séparer ; que, 48 heures après, l'élimination est faite, mais que les adhérences, bien que largement suffisantes, sont encore molles, et que les deux muqueuses ne sont pas encore réunies ; que, 10 jours après, les adhérences sont très solides, les deux muqueuses sont réunies et se continuent l'une l'autre par un orifice agrandi de 2 cent. 1/2 de diamètre.

Encouragé par ces succès, Souligoux pratiqua alors sa méthode sur l'homme, et, devant ses résultats, beaucoup de chirurgiens l'imitèrent. Ce sont ces cas et ces observations que nous avons essayé de réunir. Nous les exposerons, nous les discuterons et nous nous efforcerons d'en tirer, autant qu'il est possible à nos faibles moyens, les avantages et les inconvénients de cette ingénieuse méthode qui a déjà soulevé, en France, bien des critiques quelquefois par trop sévères.

CHAPITRE II

Observations.

Observation I (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Professeur Weiss.

Cancer de l'estomac. — Obstruction du pylore. — Gastro-anastomose. — Guérison.

M. G..., officier d'artillerie, présente depuis plusieurs mois les signes d'un cancer de l'estomac. Cette affection s'est aggravée notablement dans les derniers temps et il s'est produit des signes d'une obstruction progressive du pylore.

Au moment où je suis appelé, je le vois en consultation avec deux de mes collègues de la Faculté, l'obstruction du pylore est à peu près complète. Tous les aliments ingérés sous n'importe quelle forme sont rejetés par vomissement et il n'y a plus de selles. La faiblesse du malade est extrême et l'inanition en voie de s'achever. En somme, la situation est désespérée, d'autant plus qu'il y a des signes de généralisation péritonéale, c'est-à-dire ascite et noyaux épiploïques. Ne pouvant me décider à laisser ce malade mourir de faim, je propose

la gastro-entérostomie qui est pratiquée le 19 novembre 1896 au domicile du malade.

L'opération est faite d'après le procédé de Souligoux ainsi qu'il suit :

Le ventre ouvert, il s'écoule un litre environ de sérosité ascitique ; de nombreux noyaux sont parsemés sur toute la surface du péritoine. L'estomac est attiré facilement dans la plaie ainsi que la première anse du jéjunum trouvée facilement grâce au ligament de Treitz. Cette anse est renversée suivant l'habitude et attirée au contact de la face antérieure de l'estomac.

La pince de Souligoux est appliquée d'abord sur l'estomac vers le milieu de sa face antérieure libre de cancer. Dès ce moment je constate combien il est difficile d'introduire dans cette pince trop étroite une paroi notablement épaissie ; j'y arrive néanmoins et la pince est serrée à bloc. Idem sur la paroi jéjunale, ce qui ne présente aucune difficulté.

Une rangée de sutures espacées de un demi-centimètre est placée sur la circonférence postérieure des deux surfaces contusionnées. Puis je fais l'application de la potasse caustique avec de petites pastilles, suivant la méthode de Souligoux. Je constate combien cette manière d'opérer est défectueuse ; les pastilles déliquescentes échappent facilement à la pince qui les tient et l'une d'elles projette en divers sens des débris, qui heureusement sont recueillis sur les compresses qui protègent la masse intestinale. Après chaque attouchement un aide essuie la surface escharifiée, pour empêcher que le liquide caustique ne fuse au-delà des limites voulues. Je m'arrête quand la surface à cautériser présente une coloration noirâtre. Puis j'achève la suture circonféren-

tielle antérieure en ne faisant qu'une seule rangée de sutures. Le ventre est ensuite refermé. L'opération n'a duré que 35 minutes.

Les suites de l'opération ont été aussi bénignes que possible.

Alimentation liquide peu abondante dès le lendemain.

Apyrexie absolue pendant deux jours.

Le 3e jour la température s'élève à 38°, en même temps le malade éprouve quelques coliques, qui traduisent ordinairement le passage des aliments de l'estomac dans le jéjunum.

Effectivement le ventre assez plat au moment de l'intervention se ballonne légèrement et des gaz s'échappent par l'anus. Puis arrive une selle assez copieuse.

L'alimentation peut se faire, dès ce moment, avec du lait en assez grande abondance.

Le 8e jour on donne des œufs et des potages, tout en continuant le lait. On peut y joindre bientôt après de la poudre de viande.

Sous l'influence de ce régime, le malade reprend visiblement des forces ; il peut satisfaire sa faim avec des aliments de plus en plus substantiels.

Au bout de trois semaines il peut se lever. L'espoir de guérir qu'il avait perdu lui revient d'une façon très satisfaisante. Bref, son état est aussi bon qu'on pouvait l'espérer après un affaiblissement pareil.

Malheureusement deux mois après, la cachexie cancéreuse se prononçait à nouveau, aggravée par la reproduction de l'ascite. Je dus faire deux ponctions pour vider le ventre. En fin de compte, il succombait trois mois après l'opération qui lui avait donné une survie que l'on peut estimer à deux mois et demi.

Observation II (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Professeur Weiss.

Cancer de l'estomac. — Obstruction du pylore. — Gastro-entéro-anastomose. — Vomissements bilieux excessifs. — Mort.

Mme X... entre à la Maison de secours au mois de février 1897 pour un cancer de l'estomac datant de plusieurs mois. Il existe des signes d'obstruction du pylore, qui vont en s'aggravant peu après son entrée et aboutissent à une obstruction presque complète.

Je propose la gastro-entérostomie qui est pratiquée avec l'assistance de MM. Février et Renaud.

Le ventre ouvert, l'estomac est facilement attiré au dehors, ainsi que la première anse du jéjunum. Avant de les anastomoser, je pratique la colopexie stomacale, suivant le procédé de Doyen ; quant au grand épiploon, il est inutile de le refouler dans l'arrière-cavité des épiploons, car il est ratatiné par des noyaux cancéreux secondaires et réduit à sa plus simple expression.

La pince de Souligoux est ensuite appliquée sur la face antérieure de l'estomac et la face libre du jéjunum.

La collerette des sutures postérieures appliquée, je cautérise les surfaces escharifiées avec un crayon de potasse caustique spécialement préparé *ad hoc*, ce qui est bien plus pratique que l'emploi des pastilles employées par Souligoux. Les sutures antérieures sont ensuite appliquées et l'opération terminée en 35 minutes par la suture de la paroi abdominale.

Les suites de l'opération ont été d'abord aussi bonnes que possible, et aucune réaction péritonéale ne s'est

manifestée ; mais, le cinquième jour, apparaissent des vomissements bilieux d'une abondance extraordinaire qui montrent que la circulation intestinale ne s'est pas établie comme on pouvait le désirer. Néanmoins, les gaz circulent et sont rendus par l'anus.

Ces vomissements ne cessant pas les jours suivants et se montrant de plus en plus abondants, je suppose qu'il existe un éperon saillant dans l'estomac qui empêche le reflux du liquide biliaire.

Pour m'en assurer, je pratique une deuxième laparotomie le 8e jour.

Je constate, avec le doigt, qu'il existe au niveau des deux anses jéjunales un orifice très net dans l'estomac ; pour être plus sûr, je fais une taille intestinale sur l'anse supérieure et je constate qu'il n'y a aucun éperon saillant dans l'estomac, que le doigt contourne la cloison très aisément, et qu'il n'existe aucune compression du bout inférieur par le bout supérieur.

Ne trouvant pas la cause des vomissements biliaires, je crois devoir refermer purement et simplement l'orifice intestinal qui avait servi à mon exploration.

Ce fut à tort ; il eût été préférable de pratiquer à ce moment la jéjuno-jéjunostomie. Mais à l'époque de cette opération, cette dernière intervention n'était pas classique et je n'y eus pas recours.

Les vomissements persistèrent ; plusieurs litres de liquide biliaire continuèrent à être rendus les jours suivants. La malade succombe 10 jours après sans aucune manifestation péritonéale, mais épuisée par ces vomissements incessants. Il y avait eu des selles rendues par l'anus, mais en petit nombre.

Ce cas malheureux m'a inspiré les réflexions suivantes :

Malgré la précaution de retourner l'anse jéjunale, la circulation vicieuse de la bile et des liquides stomacaux est toujours à craindre avec la gastro-entérostomie antérieure ; il me paraît donc utile de pratiquer dans la même séance la gastro-entérostomie et la jéjuno-jéjunostomie.

Faites par les procédés ordinaires, ces deux opérations constituent une intervention d'une durée qui dépasse souvent les forces déjà si épuisées des malades ; aussi le procédé de Souligoux, bien plus rapide, me paraît-il seul indiqué en pareil cas, et j'engageai, peu de temps après, mon collègue Février à faire d'emblée et dans la même séance ces deux opérations chez un malade de l'hôpital civil.

Son intervention, composée 1° de la gastro-colopexie, 2° de la gastro-entérostomie et 3° de la jéjuno-jéjustomie, put être exécutée avec mon concours en moins d'une heure.

Elle fut suivie d'un bon résultat qui se maintint durant plusieurs mois.

C'est la même pratique que je m'étais proposé d'adopter dans la 3e observation qui suit ; mais un accident survenu avec la pince Souligoux m'empêcha de suivre ce programme, et fut indirectement cause de la mort du malade.

Observation III (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur Weiss.

Ulcère rond de l'estomac. — Sténose pylorique. — Gastro-entéro-anastomose. — Vomissements bilieux. — Mort.

M. X... m'est adressé par un de mes collègues de la Faculté pour une sténose pylorique, consécutive selon toute apparence à un ulcère rond de l'estomac.

C'est un homme d'une soixantaine d'années, encore très vigoureux, présentant des vomissements intermittents accompagnés de douleurs stomacales très violentes. Ces accidents se sont montrés par crises d'abord espacées à d'assez longs intervalles, mais actuellement les symptômes sont permanents et traduisent une dilatation considérable de l'estomac.

Je propose la gastro-entérostomie, après avoir constaté l'insuccès des lavages de l'estomac.

Cette opération est pratiquée le 1er février 1898 à la maison de santé de la rue Saint-Lambert avec l'assistance de MM. Février et Renaud.

Le ventre ouvert, je commence par pratiquer la colopexie stomacale, en refoulant le grand épiploon dans l'arrière-cavité à travers la paroi effondrée de l'épiploon gastro-côlique. Quatre points de sutures fixent ainsi le côlon transverse au bord inférieur de l'estomac et empêchent ce viscère de retomber sur les anses jéjunales.

J'attire ensuite au dehors la face antérieure de l'estomac et l'anse jéjunale en les mettant au contact ut supra. Je cherche ensuite à appliquer la pince de Souligoux sur l'estomac ; mais je m'aperçois que la muqueuse stoma-

cale présente sur les feuillets superficiels une telle laxité, qu'elle échappe à plusieurs reprises au moment de serrer l'instrument. Celui-ci trop étroit ne laisse pas pénétrer les diverses tuniques de la paroi.

En faisant maintenir par un aide la muqueuse, je finis par pouvoir serrer la pince ; mais je m'aperçois que la bordure de la couronne a échappé à la pression et n'est pas contusionnée ; pour parer à cet accident, je retire légèrement la pince et serre le point en question. Mais la paroi stomacale se déchire et le contenu de l'estomac se vide au dehors, heureusement sur les compresses. Impossible donc de continuer le procédé de Souligoux ; je suis obligé de reprendre le procédé habituel et de faire les nombreuses sutures qu'il comporte.

L'opération se prolonge ainsi bien au-delà du temps que j'espérais ; il y avait une heure et demie que j'avais commencé quand la suture me parut bien étanche, aussi crus-je devoir renoncer à la jéjuno-jéjunostomie que je m'étais proposé de faire primitivement pour ne pas prolonger l'opération outre mesure. On va voir que j'eus lieu de regretter de n'avoir pas été jusqu'au bout.

Les suites de cette intervention parurent d'abord favorables. Aucune réaction péritonéale. Mais vers le 5e jour apparaissent tous les signes de la circulation vicieuse du liquide stomacal sous forme de vomissements bilieux répétés. Les accidents persistant, je me décide le 8e jour à rouvrir le ventre et à pratiquer la jéjuno-jéjunostomie par le procédé habituel.

Les vomissements cèdent, et le malade au bout de 8 jours était en assez bon état pour que je crusse pouvoir le quitter et partir en vacances. Mais dès le lendemain de mon départ, peut-être sous l'influence d'une

absorption trop grande de lait (que la faim éprouvée par le malade força à lui donner) il se manifeste des signes de perforation au niveau de la 2e suture ; le ventre se ballonna et en 24 heures cet homme succombait.

Ce cas m'a laissé de vifs regrets, d'autant qu'il s'agissait d'un rétrécissement fibreux simple du pylore, ce que j'avais pu constater au moment de mon intervention. L'insuccès est certainement dû à la défectuosité de la pince de Souligoux, qui telle qu'elle a été conçue primitivement ne répond pas à toutes les indications particulières. Chez mon malade, la paroi était assez mince, en raison de la grande dilatation stomacale ; la muqueuse présentait une mobilité remarquable sur les autres tuniques, et si je n'y eusse pris garde, elle eût échappé à la pression, ce qui eût empêché la communication de se faire avec le jéjunum.

Observation IV (résumée).

Due à l'obligence du docteur Souligoux.

Cancer du pylore. — Gastro-entéro-anastomose. — Guérison.

Mme Victorine G..., âgée de 53 ans, fut la première en date des opérés du docteur Souligoux par son procédé.

Cette dame entre à la Maison Dubois dans le service de M. Picqué le 21 février 1896. Son état est très grave. Facies jaune paille, maigreur extrêmement prononcée. Par le palper, il est très facile de délimiter une tumeur siégeant au niveau de la région pylorique. Cette tumeur est même appréciable à la vue.

L'opération eut lieu le 29 février sans incident ni accident. Les suites en furent bonnes.

L'alimentation fut commencée au 3e jour. Cependant l'état de santé de la malade restait toujours excessivement précaire, à tel point que, les fils ayant été enlevés le 10e jour seulement, il n'y avait pas de réunion et qu'il fallut refaire toutes les sutures de la paroi.

Depuis, cette femme a engraissé et mange très bien. Elle sort de la Maison Dubois le 2 mai.

Le docteur Souligoux a revu cette malade il y a quelque temps, elle supporte très bien les aliments, mais sa tumeur a considérablement augmenté.

Observation V (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du pylore, du côlon ascendant et d'une partie du grand épiploon. — Gastro-entéro-anastomose. — Guérison.

Mme Ch... Marie, âgée de 57 ans, entre à la Maison Dubois au mois d'août 1896. — Douze ans auparavant elle avait été opérée par Péan d'un kyste de l'ovaire. — Atteinte d'obstruction intestinale due à un cancer du cœcum, elle avait été opérée de nouveau par M. Potherat qui lui fit un anus contre nature.

A son entrée à la Maison Dubois, elle se plaint de douleurs stomacales et de vomissements. Son anus fonctionne mal.

Au palper, il existe dans le flanc droit une masse énorme, remplissant tout l'hypocondre droit et atteignant la région pylorique.

L'état de la malade est tel que je ne me décidais à intervenir que sur ses prières réitérées.

Gastro-anastomose antérieure le 4 septembre 1896 ; à l'ouverture de l'abdomen on constate qu'en effet la masse néoplasique avait envahi tout le côlon ascendant, une partie du grand épiploon et la région pylorique.

Les suites de l'opération furent simples, les vomissements cessèrent, l'appétit revint. La malade sort le 21 octobre.

Cette femme mourut 5 mois après, de généralisation.

Observation VI (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Obstruction intestinale incomplète. — Néoplasme du cœcum. — Entéro-anastomose. — Guérison.

Mme Marie M..., agée de 45 ans, entre à la Maison Dubois pour une obstruction intestinale incomplète. Les matières fécales passaient encore peu à peu, mais les gaz étaient complètement retenus.

Entéro-anastomose. — A l'ouverture on constate un néoplasme du cœcum. — On abouche la terminaison de l'intestin grêle avec le rectum.

Les suites opératoires furent excellentes, la malade guérit.

Cette femme mourut 18 mois après. L'autopsie put en être faite. On constate une généralisation du néoplasme, et, fait très curieux, l'ouverture anastomotique était rétrécie par des noyaux néoplasiques secondaires.

Observation VII (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du pylore. — Noyaux péritonéaux. — Gastro-anastomose. — Guérison.

M. X..., âgé de 47 ans, employé aux chemins de fer. Envoyé à la Maison Dubois par le docteur Girerd.

Ce malade atteint d'un cancer du pylore avait travaillé jusqu'au dernier moment. Le teint est jaune paille, les vomissements sont assez fréquents, il est arrivé à un degré de maigreur extrême.

Gastro-anastomose. — A l'ouverture on constate des noyaux néoplasiques sur le péritoine.

Les suites opératoires furent bonnes.

Il mourut 3 mois après.

Observation VIII (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du pylore. — Gastro-anastomose. — Guérison.

M. X..., âgé de 67 ans, employé de commerce, entre à la Maison Dubois pour subir une gastro-anastomose. Petit homme, très nerveux, teint jaune paille, amaigri, ayant un vif désir de guérir.

Gastro-anastomose antérieure faite devant MM. Bouilly et Jalaguier. A l'ouverture on trouve une généralisation du cancer au péritoine et des noyaux néoplasiques sur l'intestin.

Les suites de l'opération furent excellentes. 48 heures après, le malade prenait du lait, et au troisième jour, il prenait un bifteck. L'alimentation se faisait d'une façon parfaite.

Un mois après il avait augmenté de 30 livres et avait repris toutes ses occupations, montant, d'après ce qu'il m'écrivait, plus de 30 étages par jour.

Il mourut de généralisation 10 mois après.

L'autopsie put en être faite. L'orifice anastomotique était large comme une pièce de 40 sous. Les bords en étaient souples, sans aucune trace de tissu inodulaire.

Observation IX (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du pylore. — Gastro-anastomose. - Guérison.

M. X..., âgé de 58 ans, ferblantier, se présente avec toutes les apparences d'un cancer du pylore.

C'est un homme très amaigri, au teint jaune paille. Tous les aliments étaient rejetés.

Gastro-anastomose antérieure. A l'ouverture on trouve le péritoine envahi et des noyaux néoplasiques dans le foie.

Les suites de l'opération furent bonnes.

Malgré ces masses néoplasiques ce malade a survécu 12 mois et demi. Il a toutefois éprouvé pendant les derniers mois, de vives douleurs mais sans aucuns vomissements.

Observation X (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du pylore. — Dilatation d'estomac. — Gastro-anastomose — Guérison.

Madame X..., âgée de 55 ans. Teint jaune paille. Amaigrissement assez notable. Cancer du pylore.

L'estomac est dilaté, il remplit toute la cavité abdominale et descend jusqu'au pubis.

Gastro-anastomose pratiquée en décembre 1896 par M. Walther avec l'aide du docteur Souligoux.

Suites opératoires excellentes. La malade guérit.

Cette femme est encore en vie, mais sa tumeur qu'on avait espéré n'être qu'une cicatrice d'ulcère a considérablement augmenté.

Observation XI (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Maladie de Reichmann. — Gastro-anastomose. — Mort.

M. X..., âgé de 30 ans, entre dans le service de M. Monod. On diagnostique une maladie de Reichmann et on lui propose l'opération qui est acceptée.

Gastro-anastomose par le procédé Souligoux.

Ce malade meurt au 8e jour de son opération, ayant présenté des vomissements incoercibles de bile dont la quantité rendue est extraordinaire.

A l'autopsie on trouve que les matières refluaient dans l'extrémité supérieure du duodénum.

Observation XII (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Maladie de Reichmann. — Gastro-anastomose. — Guérison.

M. X..., âgé de 50 ans, entre à Lariboisière dans le service de M. Reynier. Ce malade se plaint de douleurs assez vives, peu ou pas de vomissements, léger amaigrissement. On diagnostique une maladie de Reichmann.

Gastro-anastomose pratiquée en juin 1898 par M. Reynier avec l'aide de M. Souligoux.

Suites opératoires très bonnes.

Le malade guérit sans incidents. Son état général est complètement amélioré.

Observation XIII (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du Pylore. — Gastro-anastomose. — Mort.

Mme X..., âgée de 40 ans, entre dans le service de M. Tillaux.

Elle accuse de vives douleurs et des vomissements assez répétés. Elle est dans un état d'amaigrissement extrême. Cancer du pylore.

Gastro-anastomose et entéro-anastomose par le procédé de Souligoux.

La malade meurt quelques heures après de péritonite.

Observation XIV (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Maladie de Reichmann. — Gastro-anastomose. — Guérison.

M. X..., 30 ans, entre dans le service de M. Reynier où on constate qu'il était atteint d'une maladie de Reichmann.

Gastro-anastomose pratiquée en juin 1898 par M. Reynier avec l'aide de M. Souligoux.

Suites opératoires bonnes. Guérison sans autre incident qu'un peu de congestion pulmonaire déterminée par l'éther.

Observation XV (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du pylore. — Gastro-anastomose. — Mort.

M. X..., 50 ans.

Néoplasme très étendu du pylore.

Gastro-anastomose par le procédé Souligoux.

Mort de coudure intestinale avec vomissements incoercibles et une dilatation considérable du bout supérieur.

Observation XVI (résumée).

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Cancer du pylore. — Gastro-anastomose. — Guérison.

Mme X..., âgée de 55 ans, adressée au docteur Souligoux par le docteur Berthe.

Néoplasme du pylore.

Gastro-anastomose pratiquée en 1896.

Les suites opératoires sont excellentes. La malade sort guérie 15 jours après. L'alimentation est parfaite.

Malgré tous les conseils qu'on pouvait lui donner, il fut impossible de l'empêcher de se livrer à un travail extrêmement fatiguant, et surtout de boire de l'alcool.

Elle meurt trois mois après l'opération.

Observation XVII

Due à l'obligeance de M. le docteur R. Marmasse, d'Orléans.

(Recueil des Travaux de la Société de Médecine du Loiret. Séance du 16 mars 1898.) — Sténose pylorique. — Gastro-anastotomose. — Guérison.

Esther D..., âgée de 58 ans, domestique, a eu de tout temps une menstruation difficile mais régulière. Une fois, sans raison, ses règles se sont interrompues ; elle présenta alors quelques signes de péritonite, vomissement, météorisme. Ses digestions, passables jusqu'en 1885, sont alors sérieusement troublées. Dès que le repas était commencé, la souffrance se manifestait avec une intensité variable suivant les jours ; l'appétit disparut rapidement et si, les vomissements se montrèrent rares, les nausées,pendant plusieurs mois, furent presque quotidiennes. Le traitement alors suivi consista surtout en alimentation lactée, pepsine et cocaïne. Quelques mois plus tard,elle se trouve mieux portante et pendant un an se nourrit presque exclusivement de viande pulpée. Les douleurs moins constantes changent un peu de caractère; leur maximum d'intensité dès cette époque correspond à

la 2e ou 3e heure après le repas. Quelques vomissements alimentaires et des éructations gazeuses, répétées à chaque repas, accompagnent les phénomènes douloureux.

A plusieurs reprises,pendant les 3 ans qui suivent, les symptômes observés s'aggravent ou s'atténuent. Le lavage de l'estomac répété plusieurs fois le matin, avant tout repas, n'a jamais ramené de débris alimentaires.

Pendant 5 ans, cette malade change de thérapeutique, consulte un peu partout, s'adresse même aux maîtres, sans que sa santé chancelante retrouve son équilibre.

Elle quitte son service il y a 4 ans, au moment d'une crise et revient à Orléans où, pendant longtemps, elle n'arrive à se soulager qu'avec la morphine.

Amaigrie, faible, elle n'est plus capable que de travaux peu fatiguants. Elle réduit son alimentation de plus en plus ; les douleurs existent dès l'arrivée du bol alimentaire dans l'estomac, elles prennent un caractère de plus en plus accusé pendant 2 ou 3 heures. Aussi ne fait-elle plus qu'un repas par jour, et le plus souvent composé de laitage, de pain sec, de légumes, de farineux.

En novembre dernier, ayant désiré essayer d'un peu de viande, elle est prise de douleurs d'une violence inouïe durant 3 heures, en même temps sueurs froides, nausées, mais pas de vomissements.

C'est un peu plus tard que nous eûmes à l'examiner : pendant six semaines je pus la voir presque tous les jours avant ou après son repas et j'ai plus d'une fois assisté aux crises paroxystiques que ne calmaient ni le chloroforme, ni la cocaïne, ni les alcalins. Très docile d'ailleurs, elle se prêtait à tous les essais.

De l'examen fait et repris plusieurs fois avec M. le docteur Deshayes, je ne retiendrai que les faits principaux. Cette malade, très nerveuse, très verbeuse, souffrait à tout instant, un peu plus au moment des repas : mais c'était trois heures après, que la douleur prenait son intensité maxima. C'était alors si atroce que cette malheureuse pensait au suicide, la douleur durait aussi aiguë pendant plusieurs heures. L'épigastre, l'hypochondre gauche étaient surtout douloureux, dans les paroxysmes, le flanc gauche souffrait aussi. Vomissements exceptionnels. Constipation fréquente, mais non constante ; assez souvent, la fin de la crise était marquée par une débâcle et quelquefois, semble-t-il, par un peu de melœna.

L'examen montrait que le foie, l'intestin, les annexes de l'utérus étaient sains, l'utérus était fixé en retroflexion. Aucune ptose viscérale. Ventre plat et rétracté.

La langue est saburrale, l'estomac, douloureux au palper, ne présente aucune saillie. Dans le flanc gauche, à deux reprises, nous perçûmes un clapotage limité que nous crûmes pouvoir expliquer par une dilatation d'estomac. Et c'est tout. Pas de ganglions. Le teint est terreux.

N'ayant d'autre signe qu'une douleur intolérable et de la dilatation gastrique pour poser un diagnostic, ne trouvant ni constipation, ni vomissements, je voulais temporiser tout en croyant à une sténose pylorique. C'est aux supplications de la patiente que je cédai en décidant de tenter une intervention.

Elle entre le 26 janvier à la maison de santé, dans un état de dépression qui faisait craindre qu'elle ne résistât pas à une opération un peu longue. Son poids est de

49 kil. 500. Pendant 4 jours elle s'alimente avec des lavements qui, vu son état nerveux, sont tout aussi intolérables que l'alimentation buccale.

Opération. — Le 31, assisté de M. Pilate, qui voudra bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude, nous pratiquons une laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac, loin d'être dilaté, est plus petit que normal : cardia, faces, bords, pylore, tout est libre. Mais à deux doigts du pylore, à l'origine de l'antre pylorique il existe une tumeur annulaire, ne faisant aucune saillie à l'extérieur, tumeur souple ayant deux centimètres d'épaisseur à son cercle externe. En déprimant l'estomac en doigt de gant avec l'index, on se sent arrêté par la saillie interne de la tumeur. Elle laisse un orifice dur, rigide, tranchant, régulier, circulaire, dont le diamètre est d'environ 4 à 5 millimètres, sur lequel appuie le doigt. L'examen des régions voisines ne permet de constater aucune induration des parois de l'estomac, aucun ganglion dans le voisinage, le péritoine est sain.

La gastro-entérostomie est pratiquée par la méthode de Souligoux, que j'avais expérimentée récemment sur un chien. L'opération totale a duré 1 heure 1/4.

L'anesthésie par l'éther n'a pas empêché les vomissements d'apparaître dès le réveil, les matières vomies sont composées de sang altéré et de mucosités bronchiques. Jusqu'à 10 heures du soir, les vomissements se sont reproduits avec persistance. T. 36° 6. En 3 injections, la malade reçoit 450 gr. de solution saline. Diète absolue, même de liquide. Atropomorphine en piqûres.

Le 1er février. T. 37° matin, 38° soir. P. 104. Injection de 600 gr. de sérum artificiel. Lavement de

150 gr. Le soir à 8 heures, soit trente-quatre heures après l'opération, la malade commence à vomir des matières d'odeur gangréneuse ; ces vomissements continuent jusqu'au matin (44e heure).

Le 2 février. T. 37°7 matin, 38° soir. P. 84. Les vomissements ont cessé. Sérum artificiel 350 gr. Le soir, la malade prend quelques cuillerées à café d'eau pour calmer la soif. Gargarismes. Aucune douleur abdominale.

Ces 3 jours, l'opérée a reçu par jour, en injections hypodermiques, 4 centigr. de morphine et 1 milligr. d'atropine.

Le 3 février. T. 38° matin, 37°6 soir. P. 84. Sérum artificiel 450 gr. Boit quelques cuillerées à café d'eau.

Le 4 février. T. 37°4. L'opérée prend toutes les 3 heures deux cuillerées à bouche de lait coupé avec une décoction de céréales. La quantité d'atropomorphine employée est diminuée d'un tiers.

Les 5 et 6. Absorption par la bouche de 3 à 4 cuillerées à bouche de lait coupé et un peu de lait pur toutes les 3 heures. Aucune douleur ni gêne abdominale.

Le 7. Le ventre étant un peu tendu et douloureux, on administre un lavement purgatif qui détermine des selles très abondantes contenant de véritables calculs stercoraux. Bouillon de veau et lait, pain d'épices, limonade citrique. On cesse l'emploi de la morphine.

Le 8. Alimentation : lait, bouillon, jaune d'œuf.

Le 9. La langue étant toujours saburrale, administration de 25 gr. d'huile de ricin. Deux heures plus tard, selles très abondantes, très colorées.

Le 10. Alimentation. On ajoute une purée de pommes de terre. Le 11, une cervelle de mouton. Le 12, du poulet, du vin.

Le 13. 14e jour, la malade est mise au régime commun. Son teint est redevenu clair, son état nerveux est normal, elle n'éprouve aucune gène et mange de grand appétit.

Le 17. L'opérée a mangé environ 800 gr. de pain, et a fait 4 repas très copieux. Elle est restée levée trois heures.

Depuis, l'appétit s'est maintenu. Le séjour au lit a été graduellement diminué. Le seul trouble constaté a été la constipation, dont les laxatifs viennent à bout. Son poids augmente de 750 gr. par semaine.

Le 15 août 1898, époque à laquelle M. le docteur Marmasse mettait si obligeamment à notre disposition l'observation ci-dessus, l'opérée est très bien portante, ses digestions sont excellentes.

Observation XVIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Frœlich)

Sténose pylorique. — Gastro et entéro-anastomose. — Mort.

Mme K..., 48 ans, sans profession, entre au service le 16 novembre 1898. Ses antécédents héréditaires sont nuls.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole à l'âge de 4 ans. A 18 ans, une fièvre continue qui dure 6 semaines sans complications.

Réglée pour la 1re fois à 16 ans. Mariée à 25 ans. Deux grossesses normales. Les enfants sont bien portants.

Maladie actuelle. — Remonte à cinq ans. Elle a commencé par des vomissements aqueux, non acides, revenant tous les jours, et accompagnés d'une douleur épigastrique violente. L'appétit était normal. A ce moment la malade a été soumise aux alcalins et au régime lacté. Depuis un an, elle a beaucoup maigri, quoiqu'elle n'ait cependant aucun dégoût pour les aliments. Pas de diarrhée, ni de selles noires, ni d'hématémèses. Les vomissements aqueux quotidiens du début se sont transformés en vomissements alimentaires quotidiens. Depuis 3 mois, elle a remarqué la présence d'une tumeur au niveau de l'estomac; les vomissements persistent et surviennent 2 ou 3 heures après les repas. La malade sent « que rien ne passe plus ». Elle a déjà consulté plusieurs docteurs qui tous lui ont ordonné le même régime lacté et alcalin. N'éprouvant aucun soulagement, elle se décide à se faire opérer.

État actuel. — Femme très amaigrie. — Facies coloré. Langue bonne. Hoquet, éructations surtout les matins. Vomissements alimentaires très abondants. Pas de douleurs gastriques. Estomac très dilaté, la grande courbure descend jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus du pubis. — Clapotement intense. Sur le bord externe du grand droit, à droite, on sent une tumeur dure, irrégulière, nettement allongée, siégeant au niveau du pylore qui est notablement descendu. Ganglions inguinaux. Le ganglion de Troisier n'existe pas.

Les autres fonctions sont normales. La faiblesse est extrême.

Depuis son arrivée, la malade a eu deux lavages d'estomac ; le 1er a ramené 1 litre 1/2 de liquide très acide, renfermant des débris alimentaires, pas de bile.

Le 2e, fait avec de l'eau tiède, a été rendu tel. Cependant, après les lavages, il restait toujours une certaine quantité de liquide dans l'estomac qui revenait très peu sur lui-même.

Régime depuis son entrée : lait, bouillon, œufs.

Opération. — Elle fut pratiquée le 29 novembre 1898 par M. le professeur agrégé Frœlich, avec l'aide de M. le professeur Weiss.

Antiseptie ordinaire du champ opératoire.

Chloroformisation.

Incision médiane de la paroi abdominale d'environ 15 centimètres, partant du creux épigastrique et descendant à quatre travers de doigt en dessous de l'ombilic.

Le ventre ouvert, et l'estomac attiré au dehors, on reconnaît l'existence d'une tumeur dure, allongée, siégeant au niveau du pylore.

L'estomac très dilaté descendait jusqu'au pubis.

On pratique la colopexie stomacale, le côlon transverse est fixé au bord inférieur de l'estomac par quatre points de suture au fil de soie. La recherche de l'anse jéjunale à anastomoser présente quelques difficultés : pendant qu'un aide maintient l'estomac bien en haut, on est obligé de dévider une assez grande portion d'intestin avant d'atteindre le jéjunum.

On met la face antérieure de l'estomac et l'anse jéjunale en contact. On applique la pince de Souligoux qui est serrée à bloc sur l'estomac. (On se servit de la nouvelle pince à levier, dont le maniement est certainement de beaucoup préférable à celui du premier modèle.) Mais la bordure de la couronne échappe à la pression et nécessite une seconde application à cet endroit. On écrase ensuite l'anse jéjunale.

On fait alors la première rangée de sutures espacées de 1/2 centimètre et placées sur la circonférence postérieure des deux surfaces contusionnées.

Application de la potasse caustique avec le crayon préconisé par M. le professeur Weiss, pendant qu'on éponge vivement avec des petits tampons très secs. Pas de fusée de la potasse. La surface cautérisée prend une coloration noirâtre caractéristique.

On fait ensuite la deuxième rangée de sutures sur la circonférence antérieure des deux surfaces.

On se décide alors, pour éviter la formation d'un éperon, et parce que l'anse jéjunale était fortement tiraillée vers l'estomac, à pratiquer la jéjuno-jéjunostomie par le même procédé. Cette opération, exécutée de la même manière que la gastro-entérostomie, a duré 12 minutes.

Le ventre est refermé 50 minutes après le début de l'opération.

Pendant l'opération, l'état de l'opérée était tel qu'il nécessite l'injection de 10 centimètres cubes d'éther.

Suites opératoires. — Après l'opération, injection de 300 grammes de sérum artificiel.

Dans la journée, la malade, très prostrée, n'a pas eu de vomissements chloroformiques. Elle se plaint de légères coliques contre lesquelles on administre une injection de morphine.

A 5 heures du soir : T. 38°. P. 136.

La face est colorée, couverte de sueur. La malade répond faiblement aux questions. La langue est sèche, la soif vive. Le ventre n'est pas douloureux à la pression.

A 6 heures : T. 38°4. P. 140.

Injection de 10 centimètres cubes de caféine, et de

300 centimètres cubes de sérum artificiel. On donne à la malade quelques petits morceaux de glace à sucer.

Nuit agitée. Douleurs dans le ventre. Pas de vomissements.

A minuit : Injection de morphine.

La malade s'éteint à 4 heures du matin, n'ayant présenté aucun symptôme de péritonite, 18 heures après l'opération.

L'autopsie n'a pu en être faite.

Observation XIX.

Reclus. — *Société de Chirurgie*, 15 juillet 1896.

Cancer du pylore. — Gastro entéro-anastomose. — Parotidite suppurée. — Mort.

Malade âgée de 50 ans, descendue d'une des salles de médecine de la Pitié pour un cancer du pylore qui, depuis longtemps, mettait un obstacle infranchissable au passage du bol alimentaire. La malade reconnaît que les vomissements avaient commencé en janvier 1896, qu'ils étaient devenus fréquents en février et sanglants en mars et en avril. Vers les premiers jours de mai, ils rejetaient au dehors la plus grande partie des substances ingérées ; aussi l'amaigrissement fut-il rapide et l'on dut recourir aux lavements alimentaires. Dès le 14 juin on renonça même tout à fait à l'alimentation par l'estomac et la voie rectale resta seule employée.

Or, ce n'est que 18 jours après, le 3 juillet et lorsque la malade était déjà inanitiée, que les circonstances permettent de pratiquer l'opération. Elle fut faite par le

docteur Souligoux lui-même à qui le docteur Reclus servit d'aide. Il n'y eut ni incident ni accident pendant l'opération.

Vingt minutes suffirent, depuis le moment où l'anesthésie fut complète, pour mener à bien la recherche du jéjunum, sa juxtaposition à l'estomac, l'écrasement de la muqueuse et de la musculeuse, la suture circulaire, la cautérisation de la séreuse et la fermeture de l'incision abdominale.

L'opération avait eu lieu le jeudi.

Le vendredi, le samedi, tout va bien. La température est normale ; malheureusement, les vomissements exaspérés par l'éthérisation continuent.

Le dimanche au soir, l'auscultation au niveau de la région stomacale permet de reconnaître que les liquides ingérés passent dans l'intestin avec un bruit de gargouillement spécial.

Le lundi il y a une selle, et l'on voit apparaître dans le liquide des vomissements la bile qui, depuis plusieurs mois, ne passait plus dans l'estomac.

Le mardi, rien de nouveau.

Le mercredi : T. le matin, 37°6.

T. le soir, 39°2.

On constate en même temps une tuméfaction subite de la parotide gauche. La malade s'éteint à 9 heures du soir.

Autopsie. — Pas de péritonite.

Les sutures avaient parfaitement tenu, et déjà les séreuses adhéraient solidement entre elles ; la bouche stomacale était bien constituée, largement ouverte.

Cependant, en un point, un lambeau de muqueuse restait appendu au pourtour et tenait encore par un

étroit pédicule non encore sphacélé et qui mesurait 1 ou 2 millimètres seulement ; il n'aurait certainement pas tardé à se séparer. En tout cas, l'obstacle ne pouvait en rien gêner le passage du bol alimentaire, qui de l'estomac pouvait librement entrer dans l'intestin.

Observation XX (résumée).

Routier. — *Société de Chirurgie*, 27 février 1897.

Cancer de l'estomac. — Dilatation énorme. — Gastro-entéro-anastomose. — Mort.

Homme, arrivé à un état de cachexie complète.

Opération. — On découvre un cancer s'étendant sur toute la face antérieure de l'estomac et englobant l'épiploon.

L'estomac était distendu au maximum et rempli de liquide.

Entéro-anastomose par le procédé Souligoux, le malade succombe 36 heures après aux progrès de sa cachexie.

Autopsie. — On constate que les fils qui établissaient l'anastomose avaient pénétré dans la cavité stomacale et du liquide suintait le long de leurs trajets.

Si le malade avait survécu, il serait mort quelques jours plus tard de péritonite.

Observation XXI.

Picqué. — *Société de Chirurgie*, 13 janvier 1897.

Cancer du pylore. — Gastro-anastomose. — Guérison.

Homme atteint de cancer du pylore, qui ne pouvait depuis un an digérer que de petites quantités de liquide et cela à grand'peine.

Gastro-anastomose pratiquée avec l'aide de Souligoux le 30 décembre 1896. Suites opératoires parfaites.

Le malade est présenté à la Société de Chirurgie le 13 janvier 1897, quatorze jours après son opération ; il a mangé un bifteack avec une satisfaction qu'il exprime avec joie.

Observation XXII.

Schwartz. — *Société de Chirurgie* — 24 février 1897.

Rétrécissement épithelial du pylore. — Gastro entéro-anastomose. — Guérison.

Malade âgée de 54 ans dont le père et la mère sont morts de carcinôme, l'un du talon, l'autre du sein. Adressée au docteur Schwartz pour une grosse tumeur épigastrique avec ganglions sus-claviculaires. Depuis le mois de décembre, elle vomit continuellement et a, à certains moments, des crises très aiguës. Elle a eu de

l'hématémèse plusieurs fois. Elle a énormément maigri.

Quoique les vomissements aient cessé depuis deux jours, on porte le diagnostic de rétrécissement épithélial du pylore, avec envahissement de la paroi antérieure de l'estomac ; un peu d'ascite et des noyaux dans le grand épiploon.

La malade pèse 57 kilogs.

L'opération de la gastro-entérostomie est pratiquée le 6 février 1897. M. le docteur Souligoux assiste le docteur Schwartz.

Incision le long du bord externe du droit antérieur à gauche. L'estomac est revenu sur lui-même ; remonté, il présente un œdème considérable de la paroi, tel qu'il est impossible de l'introduire entre les mors de la pince ; on est obligé de presser la paroi pour l'amincir, et alors seulement le pincement est possible. On saisit l'anse d'intestin grêle la plus voisine et qui paraît appartenir au jéjunum, on l'écrase, on suture estomac et intestin par les bords inférieurs des surfaces écrasées ; après cela, cautérisation des deux surfaces à la potasse caustique jusqu'à ce que les parois soient amincies et comme flottantes et brunâtres.

Sutures périphériques à la soie à points coupés.

Suture de la paroi abdominale à deux étages.

Durée totale de l'opération qui a été rendue pénible par l'extension de l'estomac, sa rigidité, et par conséquent la difficulté de l'attirer au dehors : 40 minutes. La malade n'a eu aucune réaction, aucun choc.

Dès le 3e jour, on lui donna du lait, des œufs, puis les jours suivants on l'alimenta plus énergiquement. Depuis, elle a augmenté de 1 kilog et pourrait, dit-elle,

manger à chaque instant, tellement son appétit est accentué.

Elle quitte le service 19 jours après l'opération.

Observation XXIII.

F. Jayle. — *Presse Médicale*, 3 mars 1897.

Douleurs d'estomac intenses et persistantes. — Gastro-entérostomie et entéro-anastomose. — Guérison.

M..., âgée de 41 ans. Souffre de l'estomac depuis 4 ans et a subi tous les traitements médicaux de circonstance sans le moindre succès. Elle ne vomit pas, ou exceptionnellement. Mais à elles seules, les douleurs qu'elle éprouve, et des éructations sonores, qui surviennent dès que l'estomac reçoit des aliments ou des liquides rendent insupportable la vie à la malade. Après avoir pris avis de MM. Rougedemontant et Grillière, qui ont tout essayé sans amélioration, après avoir fait suivre, durant 3 mois, un dernier traitement dont le résultat a été nul à son tour, la gastro-entérostomie est proposée à la malade qui l'accepte.

L'indication opératoire est exclusivement tirée de l'intensité et de la persistance des douleurs, car on ne trouve ni tumeur, ni dilatation très marquée de l'estomac.

Bien qu'elle ait maigri notablement, cette femme est en état de résistance et peut supporter les deux ou trois

jours de diète dont s'accompagne fatalement toute gastro-entérostomie pratiquée par le procédé de Souligoux.

14 février. Opération. — L'intervention est pratiquée avec l'assistance de mon ami Souligoux. Elle ne présente aucun incident.

L'anse abouchée est à environ 30 centimètres de la naissance du jéjunum, et ses deux branches sont anastomosées à quelque 10 centimètres de l'anastomose gastro-intestinale, comme l'a recommandé M. Chaput.

L'entéro-anastomose a demandé douze minutes et la gastro-entérostomie quinze minutes.

C'est sur le point le plus déclive de l'estomac au niveau de la ligne médiane du corps, chez cette malade, que la gastro-entérostomie a été faite.

L'estomac ne présentait aucune lésion extérieure.

Suites. — Les suites ont été des plus simples, le pouls n'a pas dépassé 79 et la température 37°. Le quatrième jour la malade a commencé à s'alimenter.

Il n'y a eu véritablement rien à noter : tout s'est passé comme s'il s'était agi d'une simple laparotomie exploratrice.

Le résultat fonctionnel ne pourra être apprécié que plus tard ; aujourd'hui 1er mars la malade se trouve « aussi bien que possible ».

Observation XXIV.

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Anus contre nature, consécutif à un néoplasme du cœcum.

Entéro-anastomose par le procédé Souligoux, pratiquée dans le service de M. Monod.

Abouchement de l'iléon dans le rectum.

Suites opératoires bonnes.

Le malade meurt 1 mois et demi après, par phlébite droite.

Observation XXV.

Hepp. — *Société Anatomique*, 30 juillet 1897.

Cancer du pylore.

Gastro-anastomose par le procédé Souligoux.

Mort survenue au bout de 74 heures, au milieu de vomissements incoercibles.

A l'autopsie, le péritoine était sain.

Observation XXVI.

Ricard. — *Société de Chirurgie*, 20 janvier 1897.

Malade opéré de gastro-entérostomie.

Six jours après, nouvelle laparotomie contre les vomissements bilieux continus. On trouve une distention énorme de la première portion de l'intestin.

Entéro-anastomose par le procédé Souligoux.

Le soir de l'opération, les vomissements cessent.

Le malade guérit et vécut encore 18 mois.

A l'autopsie on peut se rendre compte du bon fonctionnement de l'entéro-anastomose.

Observation XXVII.

Due à l'obligeance du docteur Souligoux.

Homme, âgé d'environ 40 ans.

Néoplasme du pylore.

Gastro-anastomose pratiquée dans le service de M. Schwartz.

Mort.

Observation XXVIII.

Souligoux. — *Société de Chirurgie*, 14 décembre 1898.

Cancer du pylore.

Gastro-anastomose par procédé Souligoux.

Deux jours après, nouvelle laparotomie pour parer à des accidents graves d'occlusion.

Entéro-anastomose complémentaire, même procédé.

Guérison.

Avant d'entrer dans la discussion du procédé, nous avons cru utile de résumer nos observations dans le tableau suivant.

N.	PUBLICATIONS	CHIRURGIENS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS	RESULTATS	SURVIE	REMARQUES
1	Inedite.	Weiss.	Stenose pylorique.	Gastro enteros tomie.	Guerison	2 mois 1/2.	Mort de cachexie cancereuse.
2	»	Weiss.	Stenose pylorique.	»	Mort 6 jours apres.		Vomissements bilieux post operatoires.
3	»	Weiss.	Ulcère rond. Stenose pylorique.	»	Mort 8 jours apres.		Vomissements bilieux post-operatoires.
4	Communiquée par le Doct' Souligoux.	Souligoux.	Cancer du pylore.	»	Guerison.	Vit encore.	
5	»	Souligoux.	Cancer du pylore, du colon ascendant et d'une partie du grand epiploon.	»	Guerison	5 mois.	Mort de généralisation.
6	»	Souligoux.	Néoplasme du cæcum.	Entéro - anastomose.	Guerison.	18 mois.	Mort de generalisation.
7	»	Souligoux.	Cancer du pylore.	Gastro enterostomie.	Guerison.	3 mois.	
8	»	Souligoux, Bouilly et Jalaguier.	Cancer du pylore.	»	Guerison.	10 mois.	Mort de généralisation. A l'autopsie, ouverture large comme une pièce de 40 sous.
9	»	Souligoux.	Cancer du pylore.	»	Guerison.	12 mois 1/2.	
10	»	Walther et Souligoux.	Cancer du pylore et dilatation d'estomac.	Gastro enterostomie, en décembre 1896	Guerison.	Vit encore.	
11	»	Monod.	Maladie de Reichmann.	Gastro-entérostomie.	Mort 8 jours après.		Vomissements bilieux post-operatoires.
12	»	Reynier et Souligoux.	Maladie de Reichmann.	Gastro-enterostomie, en juin 1898.	Guerison.	Vit encore.	
13	»	Tillaux.	Cancer du pylore.	Gastro-entérostomie et entéro - anastomose.	Mort quelques heures après.		Mort de peritonite.
14	»	Reynier et Souligoux.	Maladie de Reichmann.	Gastro-entérostomie, en juin 1898.	Guerison.	Vit encore.	

N	PUBLICATIONS	CHIRURGIENS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS	RESULTATS	SURVIE	REMARQUES
15	»	Souligoux.	Cancer du pylore.	Gastro-entéros-tomie.	Mort.	»	Vomissements bilieux post-opératoires.
16	»	Souligoux.	Cancer du pylore.	»	Guérison.	3 mois.	Mort de surmenage et d'alcoolisme.
17	Recueil des travaux de la Soc. de médecine du Loiret.	Marmasse, d'Orléans.	Sténose pylorique.	Gastro-entéros-tomie, le 31 janvier 1898.	Guérison.	Vit encore.	
18	Inédite.	Frœlich et Weiss	Cancer du pylore.	Gastro-entéros-tomie et entéro-anastomose.	Mort 18 heures après.		
19	Société chirurgie.	Reclus.	Cancer du pylore.	Gastro-entéros-tomie.	Mort 7 jours après.		Parotidite suppurée. Bouche stomacale bien constituée. Léger lambeau de muqueuse adhérent.
20	»	Routier et Souligoux.	Cancer de l'estomac. Dilatation énorme.	»	Mort 36 heures après.		Du liquide suinte le long des fils de l'anastomose.
21	»	Picqué et Souligoux.	Cancer du pylore.	»	Guérison.		
22	»	Schwartz et Souligoux.	Rétrécissement épithélial du pylore.	»	Guérison.		Difficulté d'introduire la paroi stomacale entre les mors de la pince.
23	Presse médicale.	Jayle et Souligoux.	Douleurs stomacales intenses et persistantes.	Gastro et entéro-anastomose.	Guérison.		
24	Communiquée par le Doct' Souligoux.	Monod.	Cancer du cæcum.	Entéro-anastomose.	Guérison.	1 mois 1/2.	Mort par phlébite droite.
25	Société anatomique.	Hepp.	Cancer du pylore.	Gastro-entéros-tomie.	Mort 74 heures après.		Vomissements incoercibles post-opératoires.
26	Société chirurgie.	Ricard.	Vomissements bilieux, après gastro-enterostomie.	Entero-anastomose.	Guerison.	18 mois.	Bon état de l'anastomose.
27	Communiquée par le Doct' Souligoux.	Schwartz.	Cancer du pylore.	Gastro-entéros-tomie,	Mort.		
28	Société chirurgie.	Souligoux.	Cancer du pylore.	Gastro et entéro-anastomose.	Guérison.		

CHAPITRE III

Discussion du procédé par cautérisation.

Nous ne nous croyons pas suffisamment autorisé pour faire une étude comparative complète du procédé Souligoux et des différentes méthodes. Nous nous bornerons simplement à en examiner, d'après nos observations, la valeur au point de vue des difficultés et des accidents opératoires, des résultats immédiats et définitifs de l'opération, nous réservant toutefois d'insister sur les points de comparaison les plus saillants avec les autres procédés.

Au point de vue de l'exécution opératoire, il s'agit d'une laparatomie dont les risques sont le choc et l'infection. Le choc opératoire est tout particulièrement à craindre chez les cancéreux et les sujets affaiblis, abstraction faite des effets de la chloroformisation, des incidents opératoires, tels que l'hémorrhagie, etc. Un facteur principal du choc est la durée de l'opéra-

tion, et à ce point de vue, il existe une grande différence entre les manières de procéder. Tandis qu'avec la méthode des sutures et le procédé de Senn une gastro-entérostomie demande une heure et demie à 2 heures et même davantage, avec le bouton de Murphy le temps nécessaire se voit réduit à 35 minutes au maximum; en suivant le procédé Souligoux, l'opération s'exécute aussi rapidement, plus rapidement même, 20 minutes d'après son auteur. La moyenne, dans nos observations, du temps nécessaire aux différents chirurgiens qui ont employé ce procédé est de 30 à 35 minutes: 35' dans les observations I et II; 75' dans l'observation XVII; 20' obs. XX; 40' obs. XIX et XXII; 15' obs. XXIII. L'avantage reste donc au procédé de Souligoux et au bouton de Murphy.

Quant aux risques d'infection, notons d'abord ceux qui sont communs à toute laparotomie. Dans les autres méthodes de gastro-entérostomie il faut ouvrir l'estomac et l'intestin, et l'on sait les dangers et les longueurs de ce premier temps opératoire. Les dangers, car de l'intestin et de l'estomac peuvent s'effuser des matières septiques, dont il est difficile de protéger le péritoine; les longueurs, car on se rappelle combien dans les anciens procédés, quand l'estomac dilaté descend jusqu'à la vessie, il faut de temps pour vider cet estomac soit avant, soit pendant l'opération. Il existe en outre des risques d'infection spéciaux provenant de la souillure possible des instruments,

des doigts, des éponges et surtout de la multiplicité des fils. Tous ces dangers, avec lesquels il faut compter dans les procédés des sutures et l'emploi des boutons sont absolument nuls dans l'opération de Souligoux qui offre ainsi un réel avantage. Il est vrai qu'au congrès de chirurgie 1896, un praticien dont la science de la chirurgie stomacale et intestinale est indiscutable, protestait au nom des principes modernes de la chirurgie abdominale contre le procédé de Souligoux qu'il trouvait puéril et rétrograde ; l'ouverture franche de l'estomac et de l'intestin ne pouvant être cause d'insuccès. Il est vrai aussi que ce même chirurgien, au congrès de chirurgie de 1897, proposait un procédé de gastro et d'entéro-anastomose aseptique, basé sur ce fait à savoir que : l'un des plus grands inconvénients des opérations sur le tube gastro-intestinal est la septicité de leur contenu. Il affirmait ainsi puissamment la valeur du procédé Souligoux à ce point de vue.

Une seule observation (obs. XX) peut laisser un léger doute, mais il faut dire, avec M. Routier lui-même, que, par suite de la distension extrême de l'estomac, dans ce cas, l'opération n'avait pu être bien menée.

On peut soutenir que l'application de la potasse caustique, avec de petites pastilles, suivant la méthode de Souligoux, est défectueuse et expose à quelques accidents particuliers : fusée de la potasse, échappée de la pastille, comme dans l'observation I; que la modifica-

tion des parois stomacales opérée par la cautérisation chimique pourrait envahir la région des sutures, et, en faisant manquer la réunion, mettre plus tard en question la vie de l'opérée, fait que nous n'avons pas rencontré. La potasse caustique, en effet, agit promptement et avec énergie, elle produit des escharres irrégulières dont il est difficile de préciser d'avance l'étendue; mais, en essuyant convenablement le pourtour de la zone à cautériser, en promenant le caustique sur les parties sans le laisser séjourner, on peut arriver à rester avec certitude dans les limites qu'on s'est tracées et éviter l'envahissement de la région des sutures par les escharres. On atteindra facilement ce but, et on évitera les légers inconvénients que nous venons de signaler en remplaçant la pastille, comme le préconise M. le professeur Weiss, par un crayon de potasse caustique identique comme forme au crayon de nitrate d'argent, et dont le maniement est beaucoup plus facile et plus sûr. M. le professeur Gross conseille également d'employer, en place de la pastille, un crayon de Filhos. Ce crayon, formé d'un mélange de potasse fondue et de chaux vive, ne fuse pas.

Si nous comparons les différentes méthodes au point de vue des résultats immédiats, nous comptons avec les sutures des risques d'infection du péritoine si les fils sont trop lâches et ne ferment pas assez hermétiquement la plaie; du sphacèle, par suite de la désunion des sutures, si les fils sont trop rapprochés.

Dans un certain nombre d'anastomoses à l'aide des plaques ossifiées ou des boutons, l'affrontement exact n'a pas eu lieu. On a observé la perforation viscérale par échec de la réunion ou par gangrène. Avec le procédé Souligoux rien de semblable ne saurait survenir ; l'ouverture des viscères anastomosés se trouve retardée de 48 heures pour le moins et, pendant ce temps, des adhérences peuvent s'établir.

On a dit que l'on pouvait craindre que le sphacèle des parois stomacales ne s'effectue pas, ou d'une manière insuffisante, partiellement ; que ce résultat pouvait tenir à une condition individuelle : la force de pression employée par l'opérateur. Si elle est trop forte ou trop faible, l'escharre peut être ou trop précoce, ou ne pas se produire. Nous n'avons pas enregistré de cas d'escharre précoce, et nous ne croyons pas que cet accident puisse se produire. Les expériences faites par Souligoux sur les chiens montrent que la plaque gangréneuse n'est en grande partie détachée que 48 heures seulement après l'opération. De plus, dans toutes nos observations, l'élévation de température, les légères coliques, l'échappement de gaz par l'anus qui révèlent d'ordinaire le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin, ne se produisent que vers la fin du troisième jour.

Pour ce qui est d'une escharre tardive, on peut opposer également les mêmes remarques que pour une escharre précoce. Nous avons

cependant, à notre connaissance, un cas, qui ne sera probablement pas publié, dans lequel, à l'autopsie (6 mois après) d'un opéré de gastro-entéro-anastomose par le procédé Souligoux, l'orifice anastomotique n'existait pas ou ne semblait jamais avoir existé. Y avait-il eu absence complète de sphacèle des parties mortifiées ? ou bien le sphacèle s'étant produit, y avait-il eu rétrécissement consécutif complet de l'orifice par du tissu de néo-formation ?

La généralisation du néoplasme dans tout l'organisme et l'envahissement par le cancer de toute la grande courbure de l'estomac permettent assez l'interprétation en faveur de cette dernière opinion. Mais il est aussi permis, puisqu'il y a doute, de penser qu'un léger défaut d'instrumentation de la pince a pu empêcher l'écrasement complet des tissus, par suite, le sphacèle.

Il est regrettable que des renseignements plus précis et qu'un examen plus détaillé de la pièce ne nous aient pas été fournis. Quoi qu'il en soit, il est impossible, par ce seul cas, d'incriminer la méthode de produire toujours l'occlusion.

Enfin, pour ce reproche d'absence de mesure dans la pression à employer, nous dirons que le chirurgien peut se rendre un compte parfaitement exact de la destruction qu'il effectue. Dans des expériences que nous avons faites sur le cadavre, nous avons pu constater que l'appareil broie complètement les parois de l'esto-

mac ou de l'intestin, et que, dans les cas où nous en avons fait l'essai, il ne nous est resté aucun doute sur la production ultérieure du sphacèle des parties broyées. Souligoux a, d'ailleurs, insisté largement sur la coloration noirâtre caractéristique que doit prendre la zone comprimée sous l'influence de la potasse caustique.

On a dit aussi, et ce n'est pas une objection spécieuse, que, le résultat à obtenir pouvait dépendre de l'état de la paroi qui peut être très indurée. C'est ce qui est arrivé dans les observations I, III, XXII ; dans cette dernière même, on fut obligé de presser auparavant la paroi stomacale très œdématiée pour l'amincir. On risque alors, dans ces conditions, si l'on n'y prend garde, de laisser la muqueuse en dehors des mors de la pince, et de ne broyer que la musculeuse, ce qui pourrait entraîner les conséquences les plus fâcheuses dans les suites opératoires. C'est également à ce défaut instrumental de la pince qu'est dû l'insuccès dans notre observation III, où la muqueuse très lâche sur les parois stomacales avait échappé à la pression et s'était déchirée à la seconde reprise. Ce fait constitue évidemment un sérieux inconvénient auquel, nous semble-t-il, il est facile de remédier ; c'est sans doute pour y obvier que le second modèle de pince a été construit.

Parmi les accidents consécutifs, il en est qui sont propres aux procédés des sutures : on a

parfois signalé le rétrécissement consécutif de l'orifice anastomotique, voire même son oblitération comme dans les observations de Maisonneuve, Abbe, Salzwedel, et dans celle de Comte où elle est douteuse. Il en est de même pour le procédé de Senn, où l'oblitération qu'il est très difficile d'éviter a été observée par Senn lui-même et par Reichel.

Il en est d'autres qui sont propres au procédé de Murphy et dus aux défauts et aux difficultés d'élimination du bouton : c'est ainsi qu'on peut craindre que la lumière du bouton soit oblitérée par des fragments alimentaires qui forment bouchon, et, en gênant la circulation des matières et des gaz, puissent occasionner de l'occlusion. Un semblable accident peut aussi survenir si le bouton ne peut traverser l'intestin grêle. Il est vrai qu'avec le bouton de Murphy il ne se produit pas de rétrécissements tardifs.

Avec le procédé Souligoux aucun de ces accidents ne peut survenir. D'après ce que nous avons vu jusqu'à présent, ce procédé n'est théoriquement qu'une simple laparotomie, ne comportant, comme celle-ci, aucun risque ultérieur.

La crainte du rétrécissement de l'orifice anastomotique n'est donc ici qu'une crainte chimérique, nous ne l'avons rencontré dans aucun cas. Ne voyons-nous pas, au contraire, dans l'observation VIII, à l'autopsie, 10 mois après l'opération, que l'orifice était large comme

une pièce de quarante sous, avec bords souples et sans trace de tissu inodulaire ; que, dans l'observation XXVI, 18 mois après on pouvait se rendre compte du bon fonctionnement de l'entéro-anastomose. Souligoux, le 5 février 1897, montrait à la Société anatomique un intestin de chien opéré 3 mois 1/2 auparavant, où l'on pouvait constater que l'orifice était souple et ne présentait pas de rétraction cicatricielle. M. Picqué présentait également à la Société de chirurgie, le 30 juin 1897, l'estomac d'un malade opéré quelques mois avant, ou il n'y avait pas de rétrécissement. Devant ces faits, le doute n'est pas permis.

Pourrions-nous affirmer qu'avec ce procédé nous n'aurions pas de sténose consécutive? Nous en avons un cas dans l'observation VI, où Souligoux fit une entéro-anastomose pour un néoplasme du cœcum, et trouva à l'autopsie l'ouverture anastomotique rétrécie par des noyaux néoplasiques secondaires. Mais ce cas, arrivé chez une malade morte de généralisation très accentuée de son cancer, est une véritable exception. Nous savons que ces sténoses se produisent, le plus souvent, par inflammation chronique liée à l'infection du trajet des sutures muco-muqueuses. Or, il est bien certain que notre procédé n'employant que des sutures séro-séreuses, l'infection, partant la sténose, n'est presque plus à craindre, d'autant plus, dit Chaput (1), « que la chute de l'escharre ne se

(1) *Société de Chirurgie*, 15 juillet 1896.

faisant qu'au bout de plusieurs heures, les adhérences sont déjà formées et solides ; les phagocytes sollicités par l'irritation des fils séro-séreux sont accourus en grand nombre, et peuvent triompher facilement des bacilles qui s'aventureraient sur les territoires qu'ils occupent ».

Reste une dernière objection à propos de l'impossibilité d'alimenter les malades pendant les 3 jours qui suivent l'opération. Nous admettons que le manque d'alimentation pendant un temps aussi long, chez un sujet la plupart du temps anémié, cachectique, épuisé par la maladie, peut nuire à la réussite de l'opération.

Cependant, nous n'avons rencontré aucun cas où le malade soit mort d'inanition. Et d'ailleurs, l'alimentation est-elle plus rapide dans les autres procédés ? Avec les sutures et les boutons ne savons-nous pas que le chirurgien, pour ne pas s'exposer aux dangers terribles de la désunion des sutures, doit savoir résister au désir qu'il éprouve d'alimenter son malade, afin de ne pas entraver le travail de réparation qui se fait au niveau de la plaie ? Ne voyons-nous pas (1), avec les autres procédés, Terrier ne donner à sa malade un peu de champagne glacé et d'eau de Vichy que le 2e jour ; Reclus et Péan ne commencer à donner des aliments liquides que le 3e jour ; Michaux donner des lavements nutritifs pendant 5 jours, le 6e jour

(1) *In Thèse Trognon*, Paris, 1892-93, p. 54.

seulement quelques cuillérées de lait ; Gross donner des lavements de peptone et de rhum, et le 3e jour quelques cuillérées de bouillon ; Doyen attendre 4 jours avant de nourrir son malade par la bouche, et tant d'autres suivre les mêmes principes ?

Cette objection n'a donc pas l'importance qu'on voulait lui attribuer tout d'abord, et le procédé de Souligoux reste dans la règle de toute gastro-entérostomie qui ne permet l'alimentation par la bouche que le 4e jour, et les aliments solides à la 3e semaine qui suit l'opération. C'est ainsi qu'on alimente les malades avec du lait, le 3e jour dans les observations I, IV, XVII, XXII. 48 heures après, même dans l'observation VIII. Nous ajouterons aussi que le Souligoux permet une alimentation solide plus rapide que les autres procédés : le malade de l'observation I prenait des œufs et des potages le 8e jour, celui de l'observation VIII mangeait un bifteck le 3e jour et dans l'observation XVII la malade qui s'alimentait dès le 8e jour est mise au régime commun le 14e jour. Ces résultats ont une assez grande importance et méritaient bien d'être signalés.

En résumé, de toutes les critiques qui ont été faites au procédé de Souligoux, nous ne regarderons que celle qui se rapporte à l'instrumentation. Il serait à désirer, et nous croyons cette modification facile à obtenir, que dans la fabrication de la pince, l'articulation des mors soit rendue plus lâche, pour permettre à ceux-ci de

se distendre suffisamment l'un de l'autre, et laisser pénétrer une paroi présentant un assez fort degré d'induration. Les observations qui seront publiées dans la suite montreront, comme nous l'espérons, que le second modèle de pince a répondu à ce désideratum.

La méthode de Souligoux n'en reste pas moins un procédé de choix, étant donné le peu de risques qu'elle fait courir, l'abouchement large qu'elle permet d'obtenir sans rétrécissement ultérieur, et la rapidité d'exécution qu'on peut acquérir dans sa réalisation.

Avant d'entrer dans l'exposé des indications et des contre-indications du Souligoux, nous ne voudrions pas passer sous silence les dangers inhérents à toute gastro-entérostomie et auxquels notre procédé n'échappe pas, nous voulons parler du passage de la bile dans l'estomac, du reflux des matières de l'intestin dans l'estomac, et de l'accumulation des aliments dans le duodénum. Ces dangers sont des faits palpables : il y a des malades opérés de gastro-entérostomie qui meurent au bout de quelques jours d'occlusion intestinale se traduisant rien que par des vomissements bilieux. Dans le nombre restreint de nos observations nous avons malheureusement à enregistrer 5 cas de ce genre. (Obs. II, III, XI, XV, XXV.)

Il n'entre pas dans le sujet de notre travail de rechercher les différentes théories sur le mécanisme de ces vomissements. Nous nous contenterons d'exposer l'explication que nous

en donne Chaput (1) : « Les vomissements consécutifs à la gastro-entérostomie, dit-il, s'expliquent soit par la formation d'un éperon sur l'intestin grêle, au delà de l'anastomose, soit par la coudure du côlon transverse bridé par l'anse intestinale qu'on a portée au contact de la paroi stomacale antérieure. Lorsqu'il y a formation d'un éperon, d'une part, les liquides stomacaux passent dans le bout supérieur et s'y accumulent; d'autre part, la bile ne peut s'écouler qu'en passant dans l'estomac. La distension du bout supérieur aboutit fatalement à la rentrée des liquides dans l'estomac soit par le pylore, soit par l'orifice de la gastro-entérostomie. Le mécanisme de la formation de l'éperon et celui de la coudure du côlon transverse s'expliquent par la brièveté du mésentère de l'intestin grêle. Cette brièveté peut être congénitale et siéger sur toute la longueur du mésentère, mais elle peut être due à ce qu'on a choisi une anse grêle trop rapprochée du duodénum. Il est donc indispensable de dévider l'intestin sur une longueur d'un mètre, s'il le faut, jusqu'à ce qu'on arrive à une portion munie d'un mésentère suffisant. »

Pour obvier à ces inconvénients, une série de modifications ont été apportées à la technique de la gastro-entérostomie.

Lucke (2) le premier, plus tard Rockwitz (3),

(1) *Société de Chirurgie*, 20 janvier 1897.

(2) Lucke. — *Deutsch. Zeit. f. Chirurgie*, 1882. T. XVI.

(3) Rockwitz. — *Centralb. f. Chirurgie*, 1888, n° 1.

croisent par torsion les deux jambes de l'anse fixée à l'estomac. De cette façon, les mouvements péristaltiques de l'estomac se continuent dans le même sens sur l'intestin, et les aliments pénètrent plus facilement dans le bout inférieur ou jéjunal. Quant à la bile, obligée de suivre un trajet vertical pour se déverser dans l'estomac, elle passe peut-être plus facilement dans le bout périphérique intestinal.

Guinard, Villar, Doyen et nombre d'auteurs ont préconisé cette méthode.

Billroth, Wœlfler (1), von Hacker préconisent la section complète du jéjunum, la suture du bout périphérique à l'estomac, et l'anastomose du bout central avec le bout périphérique un peu en dessous de l'estomac.

Kocher (2) essaie de créer une valvule jéjunale qui ferme l'orifice du bout supérieur.

Chaput (3) conseille une entéro-anastomose. Il anastomose entre elles les 2 branches jéjunales vers leur point de rencontre, et place ensuite une ligature peu serrée sur l'anse ascendante entre les 2 anastomoses afin de rétrécir sans couper les tissus.

Jaboulay (4), tout en faisant la gastro-entérostomie simple, remédie à l'encombrement

(1) Wœlfler. — Congrès de Berlin, 1890.

(2) Kocher. — *Correspondenzblatt. f. Schw. Aerzte*, 1883, n° 23.

(3) Chaput. — *Technique et indication des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires*, 1892, p. 153.

(4) Jaboulay. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892.

dans le bout supérieur en l'abouchant dans l'anse du jéjunum sous-jacente, faisant ainsi une gastro-entérostomie et une jéjuno-duodénostomie.

Roux (1), de Lausanne, pour fermer toute voie de retour aux aliments et à la bile, sectionne le jéjunum et fait l'abouchement à plein canal du bout périphérique dans l'estomac. D'autre part, il abouche le bout central dans le jéjunum à 10 centimètres au-dessus de l'anastomose gastrique, créant ainsi la gastro-entérostomie en Y qu'il a merveilleusement étudiée dans la *Revue de Chirurgie abdominale et de Gynécologie*, 1897.

J.-L. Faure (2) proposait dernièrement d'invaginer l'estomac dans l'intestin, de façon que le cône stomacal invaginé présente une ouverture dirigée vers le bout inférieur de l'intestin.

Plus récemment, Poyen (3), utilisant sa pince à pression progressive, après avoir établi une gastro-entérostomie postérieure avec entéro-anastomose complémentaire, écrase l'anse intermédiaire à sa partie moyenne et la coupe entre deux ligatures. De chaque côté, un fil est passé en cordon de bourse et les deux bouts de l'intestin grêle sont fermés. C'est, à proprement

(1) Roux. — 7e Congrès de chirurgie, avril 1893.

(2) J.-L. Faure. — 11e Congrès de chirurgie, 22 octobre 1897.

(3) Doyen. — Académie de médecine, 8 février 1898.

parler, une sorte d'anastomose en Y ; aliments et bile ne se rencontrent qu'au-delà de l'anastomose et chacun d'eux est forcé de suivre la bonne voie.

Nous croyons, pour notre part, que le moyen le plus recommandable, et beaucoup de chirurgiens l'ont déjà employé, est de faire dans la même séance une gastro-entérostomie et une jéjuno-jéjunostomie, c'est-à-dire l'entéro-anastomose complémentaire entre les deux branches de l'anse jéjunale que l'on a abouchée à l'estomac. Par ce moyen, la bile et le suc pancréatique prendront assez facilement cette voie de dérivation et gagneront l'intestin sans passer devant le pylore artificiel.

Ces deux opérations, pratiquées par les procédés ordinaires, constituent une intervention laborieuse et dont la durée dépasse souvent les forces déjà si épuisées des malades ; aussi le procédé Souligoux, et c'est une de ses grandes applications, bien plus rapide, nous semble-t-il seul indiqué en pareil cas. On a à sa disposition une méthode simple, facile, prompte qui permet de lutter contre ce terrible écueil si difficile à éviter.

M. le Professeur Weiss nous en signale un très beau cas, où les deux opérations faites avec le concours de M. Février, en moins d'une heure, furent suivies d'un excellent résultat. Dans l'observation XXVI, Ricard, luttant contre les vomissements bilieux incoercibles, fit l'entéro-anastomose et obtint une guérison qui

s'est maintenue pendant 18 mois. Souligoux, bien que ne jugeant pas utile l'entéro-anastomose complémentaire, regrette cependant de ne pas l'avoir employée dans l'observation XV, où le malade mourut de coudure intestinale. Il l'employa plus tard (obs. XXVIII) et fit ainsi bénéficier son malade des excellents résultats de cette opération.

CHAPITRE IV

Indications et Contre-indications

Lorsqu'on lit les différents travaux qui s'occupent depuis quelques années de la gastro-entérostomie, on est tout surpris de voir les auteurs rendre justiciables de cette opération un certain nombre de maladies dont le traitement était resté jusqu'alors purement médical. Mais, si l'on se rappelle les dangers de la méthode primitive, et les conditions presque toujours déplorables dans lesquelles on entreprenait cette intervention ; si l'on se reporte ensuite aux perfectionnements successifs qu'elle a subis depuis 25 ans ; si l'on approfondit le manuel opératoire actuel qui en fait une opération rapide, sans difficultés opératoires spéciales, et à la portée de tout chirurgien soucieux de l'aseptie et de l'antiseptie, on comprend que le cadre de la chirurgie stomacale ait pu s'élargir, et que la gastro-entéro-anastomose soit devenue rationnellement acceptable dans les sténoses pyloriques de diverses natures, les ulcères

d'estomac, voire même les dyspepsies. C'est ce que nous allons essayer d'établir pour la méthode de Souligoux.

L'indication la plus ordinaire, la première en date, est la sténose pylorique cancéreuse, pour laquelle il est difficile d'énoncer des règles précises. C'est affaire de tact, de sens clinique pour le chirurgien de voir si le malade conserve difficilement ses aliments, s'il maigrit, perd ses forces et s'achemine rapidement vers la cachexie finale. Dans ce cas, il faut intervenir et le plus tôt possible. Si, au contraire, le patient est âgé, affaibli, par trop cachectisé, susceptible de mourir du choc opératoire, ou bien, si son état est tel, qu'en mettant les choses au mieux, on ne puisse guère espérer pour lui une survie de quelques semaines au moins, alors il faut s'abstenir. Telles sont les conclusions que Trognon (1) tire des discussions émises à ce sujet par Reclus, Terrier et beaucoup d'autres. Théoriquement, elles sont excellentes, mais il ne faut pas oublier toutefois que, dans la pratique, les cancéreux n'entrent le plus souvent dans les services de chirurgie, ou ne se décident à une intervention qu'à la dernière extrémité. On ne peut donc refuser une chance de survie réelle et prouvée à des malades condamnés à brève échéance ; les statistiques des chirurgiens peuvent seules en souffrir. Quelles sont ces statistiques ? Wilhelm trouve

(1) Trognon. — *Loc. cit.*

pour des cancers du pylore une mortalité de 65 °/₀ ; Trognon, 60 °/₀ ; Doyen, 41,4 °/₀ ; Guinard, 40,7 °/₀. Sur les 28 observations que nous citons, 18 furent pratiquées chez des sujets cancéreux, et 13 furent suivies de guérison, ce qui abaisse la mortalité à 27,77 °/₀. Ces 13 malades, dont la survie est notée, nous donnent une moyenne de 11 mois. Il nous semble que ces chiffres parlent d'eux-mêmes, et qu'en face de pareils avantages le chirurgien ne peut pas hésiter à entreprendre le procédé de Souligoux.

Mais à côté de ces cancers du pylore, pour qui la gastro-entérostomie n'est qu'une opération palliative, il existe des sténoses pyloriques non cancéreuses qui cèdent complètement devant ce traitement chirurgical. Ces affections, qu'Hayem (1) définit : « toute lésion produisant mécaniquement, quel qu'en soit le siège, un obstacle matériel, continu, permanent à l'évacuation du contenu de l'estomac », ne sont pas fréquentes. Elles sont le plus souvent l'aboutissant d'un ulcère de la région du pylore, une cicatrice rétractée et indilatable ; ou bien elles reconnaissent encore pour causes une inflammation telle que la péritonite localisée ou consécutive à la cholélithiase, une brûlure de la région pylorique par poison corrosif. Elles peuvent même exister sans qu'on puisse déterminer exactement la cause qui les produits.

Marmasse (obs. XV) trouvait, comme cause

(1) Hayem. — *Bullet. Acad. méd.*, séance du 12 avril 1898.

de sténose, une tumeur molle, souple, épaisse à sa périphérie, mince, rigide, indilatable à son centre. Myôme ou adénôme ? Tuffier (1) figurait dans un travail récent deux polypes à long pédicule de l'antre pylorique, le corps du polype pouvant s'engager dans l'orifice, et décrivait : « des linites plastiques, qui, caractérisées par un épaississement avec induration ligneuse de l'orifice, sont dues à une hypertrophie fibreuse sous-muqueuse aboutissant très tardivement à l'épithélioma, et donnant lieu à un rétrécissement très serré, cylindrique, régulier ».

Dans ces sténoses, l'avenir de la gastro-entérostomie est sérieux. Reste à déterminer le moment où cette intervention est opportune. En présence d'un dilaté d'estomac, quand cette dilatation devient permanente, quand elle s'accompagne de troubles graves de la digestion avec hyper ou hypochlorhydrie, douleurs épigastriques, régurgitations fréquentes, vomissements alimentaires ou bilieux, mouvements de péristaltisme stomacal spontanés ou réveillés à la pression, il est permis de penser que le pylore fonctionne mal et qu'un obstacle existe de ce côté. Un traitement médical longtemps continué et resté inefficace doit suffire pour écarter l'idée d'une simple contracture : la question peut déjà se poser. Si, à tous ces signes viennent s'ajouter de l'amaigrissement rapide

(1) Tuffier. — *Presse médicale*, 9 février 1898.

indiquant un défaut complet d'élimination, de la tendance au sommeil, de la lenteur, de la faiblesse du pouls, il n'y a plus à hésiter, l'intervention s'impose à bref délai, elle devient une opération d'urgence. Nous avons deux observations se rapportant à ce cas. Dans l'obs. XV, Marmasse n'avait, pour poser un diagnostic chez sa malade, qu'une douleur intolérable pendant la digestion, de la dilatation gastrique et un amaigrissement rapide, tous symptômes qui autorisaient à affirmer une sténose pylorique. Mais était-ce un cancer ? il n'y avait ici ni tumeur, ni hémorrhagies, ni dégoût alimentaire, pas non plus d'adénite, ni teinte jaune paille des téguments, pas plus que de rapidité dans l'évolution. Etait-ce un ulcère? les crises douloureuses du début pendant le repas ; plus tard, au contraire, le maximum des douleurs plusieurs heures après les repas, au moment supposé de l'évacuation du chyme, pouvaient faire croire à l'existence d'un ulcère rond en voie de cicatrisation. Devant cette incertitude fallait-il tenter l'opération ? l'inefficacité absolue de toute thérapeutique, l'amaigrissement et l'affaiblissement progressif de la malade commandaient de ne pas attendre. Marmasse opéra. La laparotomie qui lui fit découvrir l'existence d'une tumeur pylorique, et l'excellent résultat qui s'ensuivit pour la malade, vinrent confirmer la nécessité et l'utilité de son intervention. C'est le même excellent résultat qu'obtint Jayle (obs. XXIII) où,

ne trouvant ni tumeur, ni dilatation très marquée de l'estomac, il tira son indication opératoire exclusivement de l'intensité et de la persistance des douleurs. Tuffier, Doyen, Dubourg, Rispal (Toulouse) et bien d'autres ont cité des faits analogues. Aussi, croyons-nous pouvoir affirmer que dans ces rétentions stomacales rebelles à tout traitement médical, quelles qu'en soient les origines, la gastro-entéro-anastomose est une opération très recommandable, et par sa bénignité et par ses résultats thérapeutiques.

Il ne nous appartient pas de discuter ici si la maladie de Reichmann est une entité morbide ou simplement le syndrôme d'une autre affection ; mais il est à peu près établi qu'elle est toujours liée à une sténose pylorique par ulcère de l'estomac situé au voisinage du pylore ou par une affection des voies biliaires; elle rentre donc dans les sténoses. Or, nous l'avons vu, la sténose est une infirmité qui peut être améliorée par un traitement médical, mais qui ne guérit pas : les malades s'affaiblissent, s'amaigrissent. Le seul traitement curatif est le traitement chirurgical, et dans le cas particulier qui nous occupe, il doit être fait à une période assez avancée, afin d'être sûr que la cachexie n'est pas due au cancer, mais à la stase alimentaire. Nos deux observations XII et XIV justifient pleinement l'intervention dans ce cas. Les deux malades opérés en juin 1898 ont gardé depuis une santé parfaite qui ne s'est pas démentie.

Un troisième malade (obs. XI) a malheureusement succombé au bout de 8 jours à des vomissements bilieux incoercibles. Hayem (1), dans son travail sur la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore, distingue, dans les sténoses pyloriques non cancéreuses, 3 degrés principaux : sténose serrée ; sténose moyenne ; sténose légère. Il place la maladie de Reichmann dans la sténose moyenne, et cite alors les cas de 6 malades atteints de sténose moyenne, opérés par M. Tuffier, et qui tous les 6 ont parfaitement guéri. « Dans cette variété de sténose, ajoute-t-il, « la gastro-entérostomie parait être l'opération « de choix. Les résultats en sont excellents. Le « cours des matières se rétablit et quand il « existe un ulcère chronique on peut compter « sur sa guérison, par le fait de la disparition « de la rétention. » Nous ne saurions mieux faire que d'accepter les conclusions de cet auteur, et si l'on veut bien admettre, ce que nous nous sommes efforcé de démontrer, que le procédé Souligoux est, à l'heure actuelle, un procédé de choix, le chirurgien sera absolument autorisé à opérer.

Tout récemment, on a essayé d'étendre à l'ulcère de l'estomac les indications de la gastro-entérostomie, et les succès obtenus jusqu'à ce jour ne sont pas faits pour décourager le chirurgien. Nous ferons pour cette question de

(1) Hayem. — *Presse médicale*, 24 novembre 1897.

larges emprunts au travail de M. Marmasse, et à la thèse de Marion (1), dans laquelle il discute non seulement le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, mais encore de celui des hémorrhagies graves et des adhérences qui peuvent survenir au cours de l'ulcère. « La gastro-entérostomie, dit-il, constitue le traitement par excellence de l'ulcère de l'estomac. Dans l'ulcère en voie d'évolution, elle est à préférer à la résection plus grave et théoriquement moins efficace. Je crois l'intervention indiquée, chaque fois qu'un ulcère soumis à un régime bien compris et bien suivi n'est pas amélioré notablement dans un espace de 6 mois ; elle est indiquée quand l'ulcère, par sa récidive, se manifeste comme devant être rebelle au traitement, à plus forte raison quand il s'agit d'ulcère datant de plusieurs années que n'améliorent que passagèrement, ou même pas du tout, les traitements variés qu'on aura pu lui faire subir. Ces indications sont d'autant plus formelles qu'il s'agit d'un malade que sa position oblige à travailler et par conséquent empêche de se soumettre à une médication rigoureuse et longtemps prolongée. » Dans 4 cas, Doyen obtint la guérison maintenue depuis 4 ans, par la simple gastro-entérostomie. Tuffier (2) cite 2 cas de gastro-entéro-anastomose pour ulcère, dont le résultat opératoire a été parfait, et dont le succès thérapeutique l'a étonné par sa rapidité et sa persis-

(1) Marion. — *In. Th. Paris*, 1897.

(2) Tuffier. — *Soc. Chirurgie*, 22 décembre 1897.

tance. Tous ces auteurs s'accordent à dire que l'opération agit sur l'élément moteur, qu'elle combat la stase gastrique entretenue par la contraction spasmodique du pylore dont dépendent tous les symptômes pénibles éprouvés par les malades ; de plus, qu'elle met l'estomac au repos, c'est-à-dire, qu'au moment où la digestion, qui s'effectue toujours après une gastro-entérostomie, est chimiquement suffisante, l'estomac se contracte et évacue sans peine son contenu par la néostomie, sans lutter contre le pylore réfractaire.

Au cours d'un ulcère, et même dans la période que Dieulafoy appelle exulceratio-simplex, il peut survenir des hémorrhagies graves qui mettent le médecin dans la nécessité de discuter l'intervention chirurgicale. Peut-on et doit-on leur opposer utilement la création d'un pylore artificiel ? Marion est affirmatif : la gastro-entérostomie, dit-il, trouve son indication dans les cas d'hémorrhagies après les avoir arrêtées, ou lorsqu'il sera impossible d'en découvrir la cause. Robin conseille également l'intervention dans les cas d'hémorrhagies graves, mais la gravité, pour lui, réside moins dans la quantité que dans la répétition, malgré un traitement médical rigoureux. Dieulafoy (1) nous apprend que ce sont souvent les ulcérations les plus superficielles qui amènent de grosses hémorrhagies et il ajoute : « Je pense,

(1) Dieulafoy. — *Presse Médicale*, 19 janvier 1898.

pour ma part, que la quantité de sang vomie en une fois est notre guide le plus précieux. Tout malade qui dans chacune de ses hématémèses ne vomit pas plus de 50, 100 ou 200 grammes de sang, peut guérir sans opération, alors même que les hématémèses se répéteraient assez fréquemment (sans toutefois dépasser la mesure). Au contraire, tout malade qui vomit d'un seul coup un demi-litre ou un litre de sang, surtout si ses hématémèses se répètent une seconde et une troisième fois dans les 24 heures, ce malade-là succombera presque fatalement s'il n'est pas opéré à temps. » Cette intervention consistera chez un certain nombre de chirurgiens en une gastro-entérostomie, chez d'autres, le pylore artificiel n'est qu'un complément, une précaution à prendre contre une sténose future, ils appliqueront à l'ulcère un traitement direct, cautérisation, ligature, suture.

Une autre indication peut naître des adhérences de l'estomac aux viscères voisins et aux parois : celles-ci sont très fréquentes au cours des ulcères. Il n'est pas rare de les trouver lors d'autopsies d'anciens dyspeptiques. Par la violence des douleurs qu'elles déterminent, elles peuvent nécessiter une intervention et on sera d'autant mieux encouragé à faire une exploration que souvent elles simulent une tumeur. et, si elles ne sont pas détachables sans danger, les adhérences sont justiciables du pylore artificiel. Les cas de Doyen, de Krogius et d'autres prouvent qu'il peut suffire à la guérison.

Nous n'avons pour notre part aucune observation se rapportant aux interventions pour ulcères, hémorrhagies et adhérences, et les observations publiées jusqu'à ce jour sont trop peu nombreuses pour permettre des conclusions fermes.

Nous avons cru intéressant d'exposer brièvement ces nouvelles indications qui sont à l'ordre du jour, et qui, bien qu'admises seulement avec les plus grandes réserves, semblent devoir plus tard entrer entièrement dans les mœurs chirurgicales, grâce aux perfectionnements que le procédé Souligoux a apportés dans le manuel opératoire. Nous croyons cependant, pour notre part, que, dans les cas d'hémorrhagies foudroyantes, le traitement chirurgical pourra produire les meilleurs résultats, à la condition de ne pas se borner à pratiquer la gastro-entérostomie qui ne peut produire l'hémostase immédiate, mais d'ouvrir largement l'estomac, de façon à pouvoir l'explorer complètement et agir directement sur le siège de l'hémorrhagie. Le procédé Souligoux nous semble donc absolument contre-indiqué.

Dernièrement, Doyen, Defontaine, Jeannel, Delagenière (1) ont discuté, observations à l'appui, l'intervention dans les cas de dyspepsies graves et rebelles. Forgues (2), résumant leurs

(1) Defontaine. — *Archives provinciales de Chirurgie*, mars 1897.

Delagenière. — *Idem*, avril 1897.

(2) Forgues et Reclus. — *Thérapeutique chirurgicale*, 2e édition.

travaux, dit : « Le pylore ne s'ouvre, nous dit-on, que lorsque les aliments ont reçu convenable élaboration ; toute viciation durable du chimisme gastrique aura donc pour conséquence la prolongation du séjour des aliments dans l'estomac, et, par suite, la dilatation du viscère ; cette distension d'abord passagère entraîne, par stagnation d'un résidu alimentaire analogue au bas-fond vésical, des prostatiques rétentionistes, des fermentations organiques qui intoxiquent le sujet et déterminent des phénomènes douloureux entretenant le spasme pylorique réflexe, d'où un cercle vicieux.

« Conclusion thérapeutique : Evacuer ce bas-fond stagnant en l'ouvrant au point le plus bas par une anastomose gastro-intestinale. Ainsi seront supprimées ces conditions pathologiques associées : stase alimentaire, fermentations, intoxications, douleurs. »

Les observations relatant les succès obtenus jusqu'à ce jour ne sont pas faites pour décourager le chirurgien, et nous pouvons affirmer que dans les cas de dyspepsies, c'est-à-dire tous les troubles de la digestion dus à une affection chronique de l'estomac autre que le cancer, lorsque les conditions suivantes se trouvent réalisées :

1° Echec des traitements médicaux, la maladie se montrant véritablement tenace et entravant gravement l'existence des malades ;

2° Stase stomacale manifeste, surtout lorsqu'elle devient la cause de vomissements rebelles ;

3° Quand il n'y a pas besoin de chercher à abréger la durée de l'opération, mais d'opérer les malades avant qu'ils ne soient complètement épuisés, la méthode ingénieuse de la mortification des parois viscérales reprend toute sa valeur.

La dilatation simple de l'estomac est devenue, elle aussi, une indication de la gastro-entérostomie. Nous pensons cependant, qu'elle est contre-indiquée dans le procédé Souligoux, dont la technique opératoire offre dans ces cas de réelles difficultés. Notre observation III montre suffisamment les inconvénients, voire même les dangers auxquels on s'expose en pratiquant cette intervention chez un dilaté d'estomac où la paroi stomacale, devenue trop mince, peut se rompre sous la pression de la pince, et où la muqueuse, rendue très lâche et très mobile sur les autres tuniques, peut échapper à cette pression et occasionner ainsi des troubles beaucoup plus sérieux. Les statistiques publiées, du reste, jusqu'à ce jour, sont loin d'être encourageantes, la proportion des décès y est considérable.

La question d'intervention, dans ce cas, est aussi fort discutée. Si, au début, Marcel Baudouin (1), Reclus (2), Jeannel (3), se basant sur ce fait que, si on pratique la cholécystotomie,

(1) M. Baudouin. — *Progrès médical*, 16 juillet 1892.

(2) Reclus. — *Société de Chirurgie*, 12 octobre 1892.

(3) Jeannel. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892, tome II.

la vésicule biliaire même dilatée revient sur elle-même après l'établissement de la fistule et prend bientôt la forme d'un conduit creux et régulier ; si ces auteurs ont pensé que c'était là une loi physiologique à laquelle l'estomac devait obéir ; aujourd'hui, Hayem, Tuffier, Mathieu (1) citent des cas où la dilatation stomacale a persisté comme avant l'opération et se demandent si cette persistance n'est pas due à une atonie de la paroi musculaire ou à une exagération des coudures normales de l'intestin attiré par la suture, ou à la création d'une coudure nouvelle au niveau du point suturé et formant ainsi un nouvel obstacle dû à l'opération elle-même.

C'est cette incertitude ajoutée aux dangers que nous signalions plus haut qui nous a fait pencher pour la contre-indication de notre procédé dans ce cas.

Nous terminerons ce chapitre par la seule contre-indication absolue du procédé. Quand un malade se présente avec un néoplasme ou une affection stomacale qui nécessite une gastro-entérostomie, on peut distinguer deux cas : Ou bien ce malade est en état d'occlusion pylorique ou intestinale aiguë, il faut alors intervenir rapidement et l'opération est urgente ; ou bien, il n'y a pas de péril immédiat pour la vie, et l'opération n'est pas urgente. Dans le premier

(1) Hayem, Tuffier, Mathieu. — *Académie de médecine*, 3 novembre 1896.

cas, où il faut rétablir le plus vite possible le cours des matières, le procédé Souligoux, qui demande au moins 48 heures pour établir la communication entre l'estomac et l'intestin, doit être complètement rejeté, et l'on doit avoir recours aux autres procédés, notamment à celui des boutons de beaucoup supérieur dans ce cas. Au contraire, quand l'opération n'est pas urgente, la méthode sans ouverture reprend toute sa valeur.

Arrivé au terme de notre travail, qu'il nous soit permis de poser les conclusions qui suivent, heureux si nous avons pu faire apprécier au lecteur la valeur du procédé Souligoux, et les avantages que l'on peut tirer d'une méthode aussi simple, aussi rapide et aussi aseptique.

CONCLUSIONS

I. — Les procédés de gastro-entérostomie peuvent actuellement se grouper en 3 classes :

1° Les procédés des sutures (Woëlfler, von Hacker, etc.).

2° Les procédés à boutons, plaques et tubes anastomotiques (Senn, Murphy, Chaput, Dubourg).

3° Les procédés par cautérisation ou sphacèle (Postnickow, Souligoux).

II. — De tous ces procédés, celui de Souligoux nous semble le plus avantageux, et mérite la préférence du chirurgien.

Il abrège la durée de l'intervention.

Il évite l'ouverture primitive de l'estomac et de l'intestin, cause d'infection péritonéale.

Il évite l'ouverture secondaire, alors que les adhérences ont eu le temps de se former.

Il est d'une exécution simple, facile et rapide, et ne laisse pas, comme avec les boutons, l'opérateur à la merci d'un instrument délicat plus ou moins serré.

Les reproches qu'on lui a adressés jusqu'ici

ne sont que des objections faites *a priori*. Les faits ne sont pas venus les confirmer, bien au contraire.

Le dernier modèle de la pince Souligoux remédie complètement aux inconvénients de l'instrument primitif.

III. — Nous proposons, comme l'a préconisé M. le professeur Weiss, de remplacer, dans la cautérisation par la potasse, l'emploi des pastilles par celui d'un crayon de potasse identique comme forme au crayon de nitrate d'argent, et dont la manipulation est de beaucoup plus facile.

IV. — Nous croyons qu'il est urgent, pour éviter le reflux de la bile dans l'estomac, ou des aliments dans le duodénum, et les vomissements incoercibles consécutifs, de pratiquer, quand l'état du malade le permet, dans une même séance, la gastro-entéro-anastomose et la jéjuno-jéjunostomie.

La méthode Souligoux comporte cette dernière opération effectuée comme la gastro-entérostomie et plus facilement même.

V. — Le procédé Souligoux est indiqué dans les affections cancéreuses du pylore où il donne une moyenne de 27 % de mortalité, chiffre relativement supérieur aux moyennes des autres procédés ; dans l'ulcère de l'estomac, les sténoses pyloriques de diverses natures et les dyspepsies rebelles. Il semble contre-indiqué dans les hémorrhagies au cours d'un ulcère, dans la dilatation simple de l'estomac et sur-

tout dans les cas d'obstruction aiguë du tube digestif.

Il n'en reste pas moins un procédé qui réalise un très grand progrès en chirurgie intestinale, et qui, par sa supériorité, ne saurait trop être recommandé au praticien.

Vu :
Le 20 avril 1899.
Le Président de la Thèse,
WEISS.

Vu par le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BASTIANELLI (R.). — *Reforma medicale Napoli*, 1894. — *Un methodo simplice di gastro-enterostomia senza apertura della mucosa.*

BERTOYE. — *Lyon Médical*, 16 mai 1886, p. 76.

BLUM. — *Archives générales de Médecine*, mai 1882, p. 332.

BOUVERET. — *Traité des maladies de l'estomac.*

CHAPUT. — *Archives générales de Médecine*, avril 1890.

— *Presse Médicale*, 14 juillet 1894.

— Société de Chirurgie, 20 janvier 1897, p. 71.

— *Technique et indications des opérations sur l'estomac, l'intestin et les voies biliaires.* — Paris, 1892, Asselin et Houzeau.

— *Bulletins Soc. Chirurgie*, 14 novembre 1894, p. 743.

COURVOISIER. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1883, n° 16.

DEBOVE-TERRIER. — Académie de Médecine, 6 août 1895.

DEFONTAINE. — *Gastro-entérostomies pour dyspepsies ou gastrites rebelles.* — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1887, p. 145.

DELAGENIÈRE. — *Bulletins Soc. Chirurgie Paris*, 9 novembre 1892, p. 693.

DOYEN. — *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum.* — Paris, 1895, Rueff et Cie.

— *Chirurgie de l'estomac.* — Congrès de chirurgie, 1896. Séance du 21 octobre.

— *Semaine Médicale*, 1898, p. 176.

DUBOURG. — *La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore.* — Congrès de chirurgie, 1897. Séance du 18 octobre.

DOYEN. — *Procédés de gastro et entéro-anastomose aseptiques.* — Congrès de chirurgie, 1897. Séance du 22 octobre.

DUVIVIER. — *Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy.* — Thèse Paris, 1895.

FAURE (J.-L.). — *Sur un nouveau procédé de gastro-entérostomie. La gastro-entérostomie par invagination.* — Congrès de chirurgie, 1897. Séance du 22 octobre.

GROSS. — Société de Médecine de Nancy, 27 janvier 1897.

GUINARD. — *Traité chirurgical du cancer de l'estomac.* — Paris, 1892, Asselin et Houzeau.

— *Archives générales de Médecine*, 1892, t. I.

GUILLEMAIN. — *La Pratique des opérations nouvelles en chirurgie*, 1895.

HEPP. — Société anatomique, 30 juillet 1897.

HEYDENREICH. — Société de Médecine de Nancy, 27 janvier 1897.

JABOULAY. — *Nouveaux faits de chirurgie stomacale.* — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1896, p. 641-649.

— *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892, nos 1 et 5.

JALAGUIER. — *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 431.

JAYLE. — *Presse Médicale*, 3 mars 1897, p. 94.

JAYLE et DESFOSSES. — *De l'utilité de l'entéro-anastomose après la gastro-entérostomie.* — *Bulletins Soc. anat.*, 1893, p. 520.

JAYLE et THIERCELIN. — *Bulletins Soc. anat.*, janvier et février 1893, fasc. IV.

JEANNEL. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1er janvier 1893, p. 29-46.

JESSET. — *Britisch. Med. Journal*, 27 juillet 1889.

JONNESCO. — *Gazette des Hôpitaux*, 1891.

LAUENSTEIN. — *Chirurgie de l'estomac.* — *Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie*, 1896, vol. XLIV, p. 241.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRES. — *Journal Médecine et Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1892.

MAGILL. — Thèse Paris, 1893-1894.

MARION. — Thèse Paris, 1896-1897.

MARMASSE. — *Recueil des travaux de la Société de Médecine du*

Loiret. Séance du 16 mars 1898. — *Notes sur la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac.*

Mencière. — Thèse Bordeaux, 1896-1897.

Monod. — *Bulletins Soc. Chirurgie Paris*, 10 juillet 1889.

— *Idem*, 1er février 1893, p. 83.

— *Idem*, 20 janvier 1897, p. 70.

Morestin. — *Gazette des Hôpitaux*, 1893, p. 78.

Murphy. — *New-York Medical. Record.*, 10 décembre 1892.

Nove-Josserand. — *De l'occlusion intestinale consécutive à la gastro-entérostomie.* — *Lyon Médical*, 1897, n° 19, p. 35.

Picqué. — Société de Chirurgie de Paris, 13 janvier 1897, p. 68.

Postnikow. — *Centralblatt für Chirurgie* (Moscou), 10 décembre 1892, n° 49.

Pean. — *Du traitement chirurgical du cancer de l'estomac.* — Congrès de Chirurgie, 1896. Séance du 21 octobre.

Reclus. — *Bulletins Soc. Chirurgie Paris*, octobre 1892, p. 608.

— *Idem*, 8 février 1893, p. 85.

— *Idem*, 15 juillet 1896.

Robson. — *Semaine Médicale*, 7 décembre 1892.

Ricard. — *Bulletins Soc. Chirurgie Paris*, 13 janvier 1897, p. 75.

Rockwitz (C.). — *Die gastro-entérostomie an der Strassburger chirurgichen klinick.* — *Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie*, 1887, t. XXV, p. 501-564.

Roux. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, n° 1, p. 67.

— *Bulletins Soc. Chirurgie Paris*, 10 juillet 1889, p. 572.

Routier. — *Idem*, 27 février 1897.

Reynier. — *Semaine Médicale*, 1897, p. 29.

Senn. — *Journal of Am. Méd. Association*, 1893, vol. XXI, p. 215.

Schwartz. — *Bulletins Soc. Chirurgie Paris*, 1892, p. 609.

— Société de Chirurgie de Paris, 24 février 1897.

Souligoux. — Société de Chirurgie de Paris, 15 juillet 1896.

Tardif. — Thèse Paris, 1893-1894.

TERRIER. — *Bulletins Soc. Chirurgie de Paris*, octobre 1892, p. 636.

— *Idem*, 8 février 1893, p. 86.

TROGNON. — Thèse Paris, 1892-1893.

TUFFIER. — *De la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore.* — Académie de Médecine, 23 novembre 1897.

VILLAR (P.). — *Chirurgie et Cancer de l'estomac.* Paris, 1893.

WASSILIEF. — *Importance de la gastro-entérostomie dans la chirurgie de l'estomac.* — *Annales de Chirurgie russe*, 1896, n° 2.

WEISS. — Société de Médecine de Nancy, 13 janvier 1897.

— *Idem*, 27 janvier 1897.

WILHEM. — Thèse Nancy, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction..... 1

Chapitre premier. — Historique et exposé des différents procédés de gastro-entérostomie..... 5

Chapitre II. — Observations..... 28

Chapitre III. — Discussion du procédé par cautérisation..... 63

Chapitre IV. — Indications et contre-indications.... 82

Conclusions..... 97

Index bibliographique..... 101

Nancy. — A. Crépin-Leblond, 21, Rue Saint-Dizier.

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT